



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto
psicoemocional de la hospitalización en el niño menor
de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional
del Niño, Lima - Perú 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica

AUTOR

Janet Luz MEDINA PERALTA

ASESOR

Teresa de Jesús VIVAS DURAND DE ISLA

Lima, Perú

2017



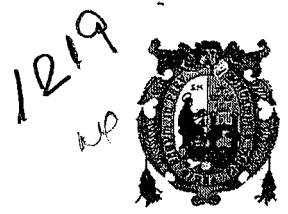
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Medina J. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima - Perú 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : MEDINA PERALTA JANET LUZ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, LIMA - PERU 2015".

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA PEDIÁTRICA

Lima, 19 de setiembre de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA PEDIÁTRICA ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (DIECISEIS)

LIC. ESP. EVA BERRIOS PACHECO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Mary

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE
EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA
HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO
MENOR DE 5 AÑOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA,
INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO,
LIMA PERÚ
2015**

“Para su desarrollo normal un niño requiere relaciones cada vez más complejas con al menos un adulto (...) alguien que lo cuide de manera sacrificada e irracional, alguien que esté "loco por ese niño".
(Bronfenbrenner, 2005)

“El pie del niño aún no sabe que es pie, y quiere ser mariposa o manzana. Pero luego los vidrios y las piedras, las calles, las escaleras, y los caminos de la tierra dura van enseñando al pie que no puede volar, que no puede ser fruto redondo en una rama. El pie del niño entonces fue derrotado, cayó en la batalla, fue prisionero, condenado a vivir en un zapato.”
Al pie desde su niño. (Pablo Neruda)

Dedico este trabajo de investigación y mi carrera profesional a mi amada hija ISABELLA, quien da mas sentido a mi vida y quien me hace creer en los milagros, a mi PADRE, que me enseñó los principios y valores en mi niñez; a la mujer más maravillosa de este mundo, mi MADRE, quien siempre me comprende y me da fuerzas para seguir adelante, a Luis, por ser quien me apoya en el día a día, a toda mi familia, porque es lo mejor que tengo en esta vida.

A mi asesora en la universidad Mg. Teresa Vivas Durand, quien me inspiró más en la investigación, a mi asesora en el Instituto de Salud del Niño, Ysella Acuache Quispe; quien me motivó en la culminación de la investigación; a todas aquellas personas que contribuyeron con en la elaboración de este trabajo y nos apoyaron desinteresada e incondicionalmente, brindándonos fuerzas para seguir adelante sin desistir en el intento.

ÍNDICE

	Pag.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	viii
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Formulación del Problema	9
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo General	11
1.4.2. Objetivos Específicos	11
1.5. Propósito	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	12
2.2. Base Teórica	15
2.3. Definición Operacional de Términos	63
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño	65
3.2. Lugar de Estudio	65
3.3. Población	66
3.4. Unidad de análisis	66
3.5. Criterios de Selección	67
3.5.1. Criterios de Inclusión	67
3.5.2. Criterios de Exclusión	68
3.6. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	68
3.7. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la Información	72
3.8. Aspectos Éticos de la Investigación	73
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	74
4.2. Discusión	80

	Pág.
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	83
5.2. Limitaciones	84
5.3. Recomendaciones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°

	Pág.
1. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del niño, Lima-Perú 2015.	86
2. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta fisiológica en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015.	87
3. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta conductual en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú, 2015.	88
4. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta emocional en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú. 2015.	89
5. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta cognitiva en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú. 2015.	90

RESUMEN

AUTORA: MEDINA PERALTA JANET LUZ

ASESORA: TERESA VIVAS DURAND.

El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño. Lima-Perú 2015. **Material y Método.** El diseño de la Investigación fue de enfoque cuantitativo, corte transversal y descriptivo, la muestra estuvo conformada por 75 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento dicotómico aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (75), 100% (75) son de sexo femenino, 38,7% (29) tienen edad de 20 a 30 años; 49,3% (37) son casadas, 57,3% (43) son contratadas, 32% (1) tienen tiempo de servicio 1 a 3 años; 68% (51) son de pediatría, 77,3% (58) rotó en el servicio de emergencia, 77,3 (58) atendió a niños lactantes mayores, el 94,7% conocen sobre la respuesta fisiológica, el 86,7% conocen sobre la respuesta conductual, el 90,7% conocen sobre la respuesta emocional, el 76% conocen sobre la respuesta cognitiva. **Conclusiones.** Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización del niños menor de 5 años, Lima-Perú 2015 alto.

PALABRAS CLAVES: Niño, hospitalizado, efecto, psicoemocional.

ABSTRACT

AUTHOR: MEDINA PERALTA JANET LUZ

ADVISER: TERESA VIVAS DURAND.

The objective of the study was to determine the knowledge of nurses about the psychoemotional effect of hospitalization in children under 5 years of age in the medical service, Instituto Nacional del Niño. Lima-Perú 2015. Material and Method. The research design will be of quantitative approach, transversal and descriptive, the sample was made up of 75 nurses. The technique was the survey and the instrument a modified Likert scale applied prior informed consent. Results. Of the 100% (75), 100% (75) are female, 38.7% (29) are 20 to 30 years old; 49.3% (37) are married, 57.3% (43) are hired, 32% (1) have service time 1 to 3 years; 68% (51) were of pediatrics, 77.3% (58) ruptured in most emergencies, 77.3 (58) attended nursing infants, 94.7% knew about the physiological response, 86.7% Know about the behavioral response. 90.7% know about the emotional response, 76% know about the cognitive response Conclusions. The nurses of the medical service of the National Institute of the Child, know about the psychoemotional effect of hospitalization of children under 5 years, Lima-Peru 2015 high.

KEY WORDS: Child, hospitalized, effect, psychoemotional

PRESENTACIÓN

Existen diferentes propuestas y teorías sobre el desarrollo Infantil, cada una con una Interpretación diferente y acorde a su teoría. Una de las recientes, el modelo transaccional, destaca la importancia crucial de los ambientes en el desarrollo humano, hace énfasis en cómo el niño percibe y se relaciona con su ambiente ecológico y señala que el concepto de "ambiente" se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos hábitats y la Influencia que ejercen sobre ellos la familia, los pares, la comunidad y la cultura.

Así mismo, la neurociencia ha permitido entender los periodos sensibles del desarrollo de estructuras cerebrales y de funciones dependientes de la estimulación, también las respuestas fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas ante la adversidad como la enfermedad y los diferentes tipos de estrés (toxico, tolerable y positivo).

Durante siglos se ha planteado la atención al niño enfermo desde dos perspectivas fundamentales, la de curar su enfermedad fisiológica con fármacos u operaciones quirúrgicas, sin preocuparse de los aspectos psicosomáticos y solo de organizar su internamiento hospitalario pensando casi únicamente en el orden y la tranquilidad dentro de la institución, dando prioridad a estos aspectos y no se tenía en cuenta el sufrimiento que estas prácticas podían suponer para ellos.

Por su parte, la Sociedad Española de Enfermería afirma que “la enfermedad es un acontecimiento común en la vida del ser humano. Desde la primera infancia e incluso desde la concepción la persona está expuesta a experiencias de enfermar, produciendo sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos y una inexplicable pérdida de control de algunas partes o funciones del cuerpo y para aprender y desarrollarse, el niño debe

percibir, explorarse intentar comprender las situaciones nuevas que le provocan incertidumbre y curiosidad con una finalidad, la adaptación”.

Una crisis es una situación estresante que excede los límites de adaptación y de recursos de afrontamiento del niño, quien experimenta una sensación de pérdida de control, vulnerabilidad, con niveles de depresión y ansiedad, siendo situaciones controlables. El niño hospitalizado tendrá un período de trastorno psicológico, que ocurre cuando el equilibrio emocional que el niño logra adquirir en su hogar y entorno, de pronto se rompe con la enfermedad y la hospitalización. Esta situación crítica será más estresante en los niños durante los primeros años, porque son altamente vulnerables.

Las principales respuestas del niño frente a la hospitalización son la angustia ante la separación, la pérdida de control, las lesiones corporales y el dolor. Este factor es muy intenso con respuestas de protesta, lucha físicamente, se aferra a sus padres, desesperación, progresivamente deprimido, retraído, evidenciando negativismo, resistencia, y poco cooperativo.

Sin embargo, la enfermera quien debe tener las competencias para la atención al niño pediátrico, realizando intervenciones procedimentales considerando éstos aspectos, permitiendo que el niño exprese sus sentimientos de protesta, aceptando las conductas regresivas, alentando a los padres para que estén junto al niño, educando sobre las conductas del niño a los padres, así mismo incorporando rutinas hogareñas, permitiendo que se movilicen, reduciendo el dolor en los procedimientos, brindando comodidad y confort.

Así mismo, las relaciones estables, sensibles, el entorno seguro y estimulante, y una nutrición adecuada forman los pilares fundamentales para un adecuado desarrollo, y son precisamente las capacidades de los cuidadores, enfatizando el de la enfermera en los hospitales las que promocionarán este proceso.

El presente estudio titulado “conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto nacional del niño, Lima-Perú 2015”, tiene como objetivo determinar los conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de Medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución de salud, a fin de que permita diseñar y/o elaborar programas para los profesionales de la salud del área de Pediatría y con ello brindar una atención con calidad, calidez y de manera holística.

El estudio consta de; Capítulo I: Introducción que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II: Marco Teórico, el cual incluye los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III: Metodología que consta el tipo y nivel de investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, técnica e instrumento de recolección de dato, proceso de análisis e interpretación de la información y aspectos éticos. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las la fuente de referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Al niño y adolescente, se le concibe como seres en constante evolución que atraviesan por diferentes fases de desarrollo; neurodesarrollo, biológicas, psicológicas, sociales, culturales y con una mayor capacidad de modificación y adaptación biopsicosocial porque entre más jóvenes, hay mas plasticidad cerebral. (1)

Así mismo, muchos de los trastornos infantiles son de presentación y curso temporal, auto limitado que pueden cursar y resolverse sin tratamiento, esto por la mayor resiliencia emocional. Esto no quiere decir que sean invulnerables a los traumas, pues se pensaba que los niños pequeños sentían menos dolor y muchos procedimientos quirúrgicos se llevaban a cabo sin anestesia; y no se entendía que los niños se afectaban por el cúmulo de estímulos generando un gran estrés. (2)

Acerca de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluye que es *“un acontecimiento común en la vida del ser humano, desde la primera infancia e incluso desde la concepción la persona está expuesta a la experiencia del enfermar, ésta produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de*

procesos corporales desconocidos y una inexplicable pérdida de control de algunas partes o funciones del cuerpo”, y para aprender y desarrollarse, el niño debe percibir, explorarse intentar comprender las situaciones nuevas que le provocan incertidumbre y curiosidad todo eso para adaptarse.(3)

Por otro lado, la neurociencia afirma, que las conexiones neuronales se desarrollan secuencialmente: primero se construyen los circuitos más simples y luego los más complejos, guiado genéticamente pero son las experiencias las que determinan si son fuertes o débiles dándose periodos sensibles definidos como oportunidades únicas para el desarrollo, cuando las estructuras o funciones son susceptibles a experiencias particulares alterando su estructura o función futura. Esta susceptibilidad puede funcionar en dos sentidos: en primer lugar, ciertas experiencias tempranas preparan a los pequeños para el establecimiento de algunas capacidades en un momento en que hay mayor plasticidad. En segundo lugar, el niño es altamente vulnerable a la ausencia de estas experiencias esenciales y el resultado puede ser el riesgo permanente de disfunción. En conclusión, la plasticidad es un "arma de doble filo" que puede llevar a una mayor adaptación o mayor vulnerabilidad.

Así pues, los eventos adversos que provocan estrés positivo pueden ser controlados y manejados por el niño(a) con el apoyo del adulto, y ocurre en el contexto de relaciones positivas, cálidas y seguras, como el encuentro con una persona nueva, manejo de la frustración de no obtener algún objeto, entrar al jardín infantil, una vacuna, superar el miedo a los animales, hospitalizarse entre otros, pero cuando este estrés se vuelve, tóxico, crónico, puede conllevar a un desarrollo inadecuado que lo afectará por el resto de su vida.(4)

Ruiz y Álvarez, mencionan: *“el niño hospitalizado tendrá un período de trastorno psicológico, que ocurre cuando el equilibrio emocional*

que el niño logra adquirir en su hogar y entorno, de pronto se rompe con la enfermedad y la hospitalización". (5)

Y Barreiro concluye: *"Una crisis es una situación estresante que excede los límites de adaptación y de recursos de afrontamiento del paciente, quien experimenta una sensación de pérdida de control, vulnerabilidad, con niveles de depresión y ansiedad, siendo situaciones controlables".(6)*

Así mismo la psicología médica asevera, *"ésta situación crítica será más estresante durante los primeros años de vida, porque son muy vulnerables, los principales factores estresantes son la angustia ante la separación, la pérdida de control, las lesiones corporales y el dolor".(7)*

Por otro lado, Pacheco y Ventura hacen referencia respecto al lactante de 6 a 30 meses de edad *"manifiesta su angustia ante la separación, éste factor es muy intenso y tiene fases, como la de protesta, de lucha física, aferrándose a sus padres, de desesperación donde está más pasivo, deprimido, retraído, y la última fase es de desprendimiento donde se evidencia negativismo, resistencia y es poco cooperativo".(8)*

Por su lado, Martínez y García mencionan que los eventos adversos muestran que las experiencias tempranas configuran la reactividad del sistema del estrés. Otros estudios en las mismas poblaciones muestran que la calidad de las relaciones maternas influyen a largo plazo en la manera como el cerebro maneja el estrés, fisiológica, emocionalmente y la expresión genética, estableciendo la base para la autorregulación del funcionamiento emocional social y aprende a manejar el estrés, el miedo y el resto de emociones puede ser uno de los principales retos de la primera Infancia.(9)

Las investigaciones sobre los cambios biológicos producidos por la adversidad ilustran cómo el equilibrio fisiológico corporal se

desajusta bajo condiciones de acumulación de estrés tóxico denominándola "carga alostática".(10)

El Estudio sobre las Experiencias Adversas en la Infancia documentó una asociación muy fuerte entre eventos traumáticos y abuso en los niños. En el estudio aquellos sujetos que reportaron más experiencias adversas en la infancia tuvieron un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos a través de la vida, embarazos en la adolescencia, obesidad, inactividad física y consumo de cigarrillo.(11)

Así mismo los niños que crecen en comunidades con bajo nivel socioeconómico pueden ser vulnerables al estrés tóxico y están asociados a factores como el crimen, violencia, abandono y condición pobre del entorno, también experimentan menos calidad de respuesta parental, más experiencias conflictivas y castigos por parte de sus padres. (12)

Cuando éstas condiciones adversas se presentan de manera repetida pueden tener un efecto duradero en la salud y el desarrollo del individuo, los niños de contextos socioeconómicos bajos son más propensos a mostrar una activación elevada del sistema de respuesta al estrés y que una relación padre hijo alterada puede repercutir en el desarrollo de áreas cerebrales específicas como la corteza pre frontal. Por esta razón, estar sometido a una sobrecarga de estrés en etapas tempranas de la vida produce efectos adversos prolongados sobre el aprendizaje, el comportamiento, la salud física y mental.(13)

Siendo que la enfermera pediátrica es la profesional, cuyo objeto es el cuidado humanizado en todas su dimensiones del niño, previniendo que sus procedimientos e intervenciones afecte su desarrollo, pues esto podría ser irreversible y para toda la vida.

Así pues, Osorio Guzmán refiere *“la enfermera, es quien debe tener las competencias para atender al niño, debe realizar sus intervenciones procedimentales, permitiendo que el niño exprese sentimientos de protesta, aceptando conductas regresivas, alentando a los padres que estén mas tiempo con su hijo, educando sobre la conducta del niño, incorporando rutinas hogareñas, permitiendo que se movilicen, reduciendo el dolor en los procedimientos, brindando comodidad y confort ”*. Así también considerar que los preescolares frente a la separación y pérdida de control, sensación de poder, lesiones corporales, dolor, procedimientos con sufrimiento corporal, mutilación, manifestando sus temores, con protesta directa, con desesperación, con agresión física verbal, regresión a través de la dependencia, lo hace también con retraimiento, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, o con respuestas fisiológicas y conducta inmadura.(14)

Éstas manifestaciones deben ser reconocidas y consideradas por la enfermera especialista al realizar sus intervenciones. El niño en el hospital, posee las mismas necesidades emocionales y sociales que en su hogar y requiere oportunidades para desarrollar sus habilidades motoras, sociales, lenguaje y seguir desarrollando sus fuerzas psíquicas como el sentido de autonomía, fuerza del yo, un sentido de identidad y patrones de conducta.(15)

Caballero y Fernández mencionan: *“el niño hospitalizado posee necesidades especiales relacionadas con problemas que tiene que afrontar como la separación del hogar, sus juguetes, sus padres, sus amigos, su entorno y además afrontar problemas relacionados con la enfermedad, fiebre, dolor, heridas así mismo están las reglas hospitalarias, cambio frecuente de personas que lo cuidan, los horarios de los alimentos, una cirugía, amputación de un miembro y hasta la muerte, es a lo que se enfrenta un niño hospitalizado”*.(16)

Son estos conocimientos que la enfermera especialista en pediatría debe evidenciar ya que todo ello permitirá brindar una atención

integral y de calidad a los niños hospitalizados, con menos impacto para el resto de su vida.

Sin embargo en las prácticas clínicas en el Instituto del Niño, en los servicios de Medicina, observamos que la rutinización, la poca sensibilidad, el cansancio, la edad, la falta de identificación con la mística de la profesión, la sobrecarga de trabajo en algunos casos, el agotamiento, o el desconocimiento, hace que las enfermeras muchas veces realicen sus intervenciones procedimentales, sin considerar aspectos propios del niño, sujetándolo, sin tomarse el tiempo necesario para reducir la posibilidad de no acertar en la primera ocasión para instalar una vía periférica, o despertándolo cuando está dormido para nebulizarlo, sin previa evaluación y posponer el procedimiento para favorecer el sueño, considerando solo cumplir con el tratamiento médico, así mismo cuando el niño está llorando, o cuando protesta con patadas y manotazos, llamándolo “*malcriado*”, o hacer caso omiso al llanto o simplemente no educando a los padres sobre el proceso que implica que el niño se adapte a éste nuevo suceso negativo para él llamado, “*hospitalización*” .

Toda esta situación, nos conlleva a realizar la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Conocen las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, Lima-Perú 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La niñez representa un período de gran vulnerabilidad en referencia a la salud y la enfermedad, así mismo la hospitalización se convierte en un estímulo desencadenante de malestar, que puede conllevar alteraciones en el ámbito físico, psíquico, biológico y social, muchas veces con efectos negativos para el resto de su vida. El niño, sobre todo si es muy pequeño, no comprende los procesos corporales alterados que le están aconteciendo, las sensaciones internas son inusuales y desagradables, no entiende bien el motivo porque se les introduce en un ambiente extraño privado de su familia, amigos y objetos, donde hay gente extraña para el niño.

Durante el internamiento, se debe atender al niño en las esferas: biológica, psicológica social y espiritual, y lograr que el personal de salud implicado en el proceso conozca al lactante, con el fin de interactuar con el lactante y sus cuidadores, para solucionar los problemas de enfermedad y promocionar la salud en el desarrollo integral del niño, administrando cuidados altamente especializado al niño, familia y/o comunidad con conocimientos adecuados frente a la hospitalización del niño.

El estudio se justifica ante la ausencia de un protocolo que especifique la importancia de la enfermedad y hospitalización en el desarrollo del lactante, también el de educar a la madre acerca de la Hospitalización y sus efectos psicoemocionales en el lactante que pueden trascender de forma negativa para toda su vida, y esto demanda de enfermeras formadas en un marco holístico considerando importante el aspecto psicoemocional del niño.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento de las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización del niños menor de 5 años, Lima-Perú 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el conocimiento de las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, en la dimensión respuesta fisiológica. Lima-Perú 2015.
- Determinar el conocimiento de las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, en la dimensión respuesta conductual. Lima-Perú 2015.
- Determinar el conocimiento de las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, en la dimensión respuesta emocional. Lima-Perú 2015.
- Determinar el conocimiento de las Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, en la dimensión respuesta cognitiva. Lima-Perú 2015.

1.5 PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades de investigación y Docencia y al departamento de enfermería del Instituto, a fin de mejorar los protocolos de atención en la entrevista y hospitalización del niño menor de 5 años disminuyendo así los efectos psicoemocionales negativos de la hospitalización.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

NOREÑA Peña, Ana Lucía; Cibanal Juan, Luis. En el hospital de España (2011). Realizaron la investigación titulada: La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. Estudio cualitativo. La técnica fue la observación y la entrevistas semiestructuradas, la muestra fueron 30 niños y adolescentes hospitalizados de 8-14 años. Los resultados muestran que los niños valoran positivamente el cuidado de enfermería en el hospital y reconocen que las interacciones con los profesionales de enfermería abarcan todo un contenido afectivo y social. Los autores concluyen:

“la comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la comprensión que elaboran de la experiencia hospitalaria, por tanto es necesario en enfermería evaluar las estrategias y habilidades

relacionales empleadas para interactuar con los niños en el hospital".(17)

GÓMEZ Carretero, V Monsalve, JF Soriano, J de Andrés. España (2007). Realizaron la investigación titulada: Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. El objetivo describir los problemas psicológicos y necesidades manifestadas por los pacientes que precisan, como parte del proceso de tratamiento y control de la recuperación, ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Estudio descriptivo de corte trasversal y prospectivo. La muestra estuvo compuesta por 20 paciente de UCI. La técnica fue la observación y el instrumento un cuestionario tipo escala likert. Y concluyeron:

"Durante la estancia en la UCI los pacientes pueden desarrollar diversas alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, síndrome de cuidados intensivos)".(18)

RODRÍGUEZ Soto, Mercedes. Ecuador. (2013). Realizó la investigación titulada "Manejo del dolor realizado a niños atendidos en la unidad de quemados del hospital pediátrico. El objetivo fue evaluar el conocimiento del personal de enfermería frente al dolor de los niños atendidos en la unidad de quemados. Estudio cuantitativo, descriptivo simple y transversal, la muestra fue de 30 enfermeras de la sala de Quemados y la técnica fue la entrevista y la guía de observación. Y concluye:

"El manejo de la Enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras es desfavorable en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia, y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años".(19)

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

RAMÍREZ Argume, Raquel (2010). Perú. Realizó el estudio titulado “Nivel de conocimiento de la Enfermera acerca el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño. El objetivo fue determinar los conocimientos de la enfermera acerca el dolor que experimentan los niños con quemaduras. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo simple, de corte transversal, la muestra fue de 14 enfermeras, la fue técnica entrevista y el instrumento una Escala tipo Lickert modificada. Llegando a la conclusión:

“Los conocimientos de la Enfermera acerca del dolor que experimentan los niños con quemaduras es medio en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia, y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años”.(20)

ESPINO, S. Gómez, M. (2012) Perú-Pisco. Realizaron el estudio titulado “Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. El objetivo fue describir y analizar las resonancias del cuidado que la enfermera asistencial establece con los niños hospitalizados durante el proceso de cuidar en la unidad de emergencia. Estudio descriptivo cualitativo. La muestra estuvo conformada por 36 enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima y a la vez que habían participado de un programa de educación permanente sobre calidad del cuidado de enfermería hace seis años. La técnica fue la entrevista semiestructurada y la observación participante. Y llegaron a las siguientes conclusión:

“A partir del entendimiento que el cuidado ocurre en un complejo de ética cuidado amor, así como los indicativos

identificados en este estudio, no son exclusivos de algún componente de este complejo, de allí que en el trabajar cuidar la enfermera es sinérgica integrada simultanea en su acción para el objeto del cuidado (niño, madre y familia) y para el sujeto del cuidado (la propia enfermera)".(21)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 GENERALIDADES ACERCA DEL DESARROLLO.

El desarrollo, se refiere a un proceso de cambio biológico, psicológico y emocional que ocurre en los seres humanos hasta alcanzar la madurez, esto es resultado de factores genéticos y por la integración con los factores ambientales, este proceso de cambio es un producto de la interacción dinámica entre dos partes activas: el niño y su ambiente.

Este proceso tiene aspectos universales, culturales, cambios cualitativos y cuantitativos que dan lugar a trayectorias diferentes de acuerdo con la compleja relación entre lo biológico y lo ambiental.

El desarrollo como proceso de cambio es visto desde diferentes lentes:

- Arnold Gesell (1880-1961), menciona que la conducta observable depende de la genética y que las conductas del niño son la forma como se expresa el desarrollo.
- Watson (1878-1958) y Skinner (1904-1990), mencionan que la conducta aprendida depende del ambiente y puede diferir dramáticamente de una persona a otra debido al ambiente único en el que cada uno se desarrolla.
- Freud (1856-1919), menciona que las formas de respuesta emocional dependen de la localización de las zonas erógenas del cuerpo y que el desarrollo humano es un proceso de conflictos

entre los instintos sexuales y agresivos básicos que deben satisfacerse, y la represión que la sociedad les exige.

- Piaget (1896-1980), refiere: que el esquema interno con el que el niño interpreta y conoce el mundo, el mismo lo va construyendo activamente y el desarrollo se da como proceso cognitivo y como los infantes dependen de estos esquemas para entender el mundo que los rodea, los más pequeños y más grandes a menudo interpretan y responden a los acontecimientos y objetos de manera diferente a medida que experimentan cambios en sus estructuras cognitivas, por otro lado Vygotsky rechazó la idea que todos los niños pasen a través de las mismas etapas universales y propuso que sus habilidades dependen en gran parte de su cultura y sus interacciones con socios más competentes.
- Bronfenbrenner (1917-2005), refiere: la forma como el niño percibe y se relaciona con su ambiente ecológico, plantea su visión del desarrollo humano donde destaca la importancia crucial de los ambientes. Desde esta perspectiva lo que cambia es la forma como el niño percibe y se relaciona con su ambiente ecológico y que el "ambiente" se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos hábitats y la influencia que ejercen otros como la familia, los pares, la comunidad y la cultura.
- Sameroff y Chandler (1975), refiere que la interacción dinámica es entre el niño y su ambiente.

Este modelo supone además una teoría dinámica del desarrollo en la cual hay una continua y progresiva interacción entre el niño y su ambiente, éste último entendido como "plástico", moldeable, los infantes se convierten en participantes activos en su propio crecimiento. El mismo ambiente no influye por igual en todos los niños sino que se adapta a cada uno de ellos; así el propio paciente se convierte en un fuerte determinante de las experiencias y posibilidades que dispone a lo largo de su desarrollo.

A la luz del modelo transaccional, el constructo complejo de la regulación es el núcleo de la teoría actual del desarrollo infantil con tres precisiones acerca de la unidad biopsicosocial del funcionamiento humano:

1. El desarrollo no está confinado solo a cambios biológicos sino también a transacciones que ocurren en escenarios y experiencias sociales de complejidad creciente.
2. El proceso del desarrollo individual es una construcción conjunta de capacidades de autorregulación del niño y las regulatorias del mundo social que facilitan o impiden este avance.
3. En algunos pacientes las capacidades de autorregulación están tan comprometidas que la regulación social es ineficiente, y hay ambientes tan caóticos o perversos que no obtienen resultados positivos. En circunstancias en que el infante no es capaz de tener experiencias diferenciales o que el ambiente es inadecuado para adaptarse difícilmente se daría lugar a las transacciones.(22)

La Neurociencia ha aportado conocimientos relevantes sobre el desarrollo infantil. Desde esta perspectiva lo que cambia es el cerebro y esto da lugar a variaciones en todas las dimensiones del desarrollo: cognitivo afectiva, motora, emocional y social. La evidencia actual indica que la evolución del cerebro basada en la experiencia durante la infancia puede establecer trayectorias para la salud física y mental, el aprendizaje y el comportamiento a lo largo de la vida.

2.2.1.1 Principales hitos del desarrollo del cerebro.

La evolución del cerebro comienza pocos días después de la concepción y continúa más allá de la adolescencia. El sistema nervioso humano, con un número aproximado de 100.000 millones de neuronas, que establece conexiones sinápticas que comienzan en la etapa prenatal y continúan

durante la niñez, no obstante, siendo un proceso minucioso y preciso se realiza con una velocidad vertiginosa.

Como resultado de la gran cantidad de neuronas se genera una sobreproducción sináptica "de prueba" que supera ampliamente la cantidad necesaria para la adaptación funcional al medio. Posteriormente el ambiente favorece la competencia y garantiza la selección o poda funcional, la estabilidad y la fuerza de éstas sinapsis.

2.2.1.2 Periodos sensibles.

Las conexiones neuronales se desarrollan secuencialmente: primero se construyen los circuitos más simples y luego los más complejos. El proceso está guiado genéticamente pero son las experiencias las que determinan si son fuertes o débiles.

Los periodos sensibles son oportunidades únicas en el desarrollo cuando las estructuras o funciones son susceptibles a las experiencias particulares alterando su estructura o función futura. Esta susceptibilidad puede funcionar en dos sentidos: en primer lugar, ciertas experiencias tempranas preparan a los pequeños para el establecimiento de algunas capacidades en un momento en que hay mayor plasticidad. En segundo lugar, el niño es altamente vulnerable a la ausencia de estas experiencias esenciales y el resultado puede ser el riesgo permanente de disfunción. Es decir, la plasticidad es un "arma de doble filo" que puede llevar a una mayor adaptación o mayor vulnerabilidad.

2.2.1.3 Pilares del desarrollo.

Las bases conceptuales de los programas deben tener en cuenta evidencia de diversas disciplinas como la Neurociencia, Ciencias Sociales y del Comportamiento. Al respecto el Centro del Desarrollo infantil de la Universidad de Harvard propone 3 pilares fundamentales: relaciones estables, sensibles, entorno seguro y nutrición adecuada.

2.2.1.3.1 Relaciones estables y sensibles.

Los humanos requieren un período más prolongado de cuidados en la infancia para tener un buen desarrollo. La calidad del cuidado

que reciben los niños de sus padres o cuidadores, es un factor crítico para el desarrollo físico y mental.

Las relaciones estables, recíprocas y sensibles denominado *apego* seguro logran un mejor desarrollo en ambos aspectos. Los cuidadores sometidos a situaciones abrumadoras, como depresión, son incapaces de responder a sus hijos durante el período de apego seguro, las experiencias tempranas a través de estas relaciones estimulan transmisiones neuronales que activan diferentes partes del cerebro, cuando éstas son positivas se repiten de manera regular y predecible las secuencias complejas de estimulación neuronal creando vías y conexiones cerebrales cada vez más eficientes; los niños consolados rápidamente cuando están en una situación de estrés pueden aprender a desarrollar mecanismos fisiológicos más eficientes para calmarse; por el contrario, cuando la alimentación ocurre de manera impredecible e intermitente los patrones de sueño y autorregulación no se consolidan de manera organizada.

Los genes involucrados en la regulación del estrés corporal son sensibles a los cuidados durante la infancia; la calidad del cuidado materno temprano deja una huella en la descendencia que configura las respuestas fisiológicas y conductuales ante la adversidad, tal huella se conoce como marcador epigenético información duradera que determina si la descendencia será más o menos propensa a tener miedo o ansiedad en la vida.

2.2.1.3.2 Entorno seguro y estimulante.

Se refiere a espacios físicos y emocionales libres de tóxicos y estrés crónico que promuevan la exploración sin amenazas para la estabilidad física o emocional y que provean a las familias apoyo en la crianza de sus niños. Hoy en día se conoce la relación de elementos físicos y químicos sobre el desarrollo infantil, la

exposición a toxinas, en útero o en el ambiente, que pueden afectar el desarrollo cerebral y cognitivo.

Por otra parte, un ambiente seguro también se refiere a un entorno físico que provea a los niños de espacios para la educación, recreación, y en general a la infraestructura que apoya la satisfacción de las necesidades básicas.

2.2.1.3.3 Nutrición apropiada.

Los macro como los micro nutrientes son importantes y deben comenzar desde el embarazo. Hay recomendaciones exitosas para favorecer el desarrollo, como la ingesta de folato y el hierro en el embarazo, y de éste último en la etapa preescolar.

2.2.1.4 Vinculación afectiva y conexión en la infancia.

Describen las relaciones afectivas entre los padres y los lactantes. La vinculación afectiva ocurre poco después del nacimiento y refleja los sentimientos de los padres hacia el recién nacido (unidireccional). La conexión conlleva sentimientos recíprocos entre el padre y el lactante y se desarrolla de forma gradual a lo largo del primer año. La vinculación afectiva eficaz en el período posterior al parto puede favorecer el desarrollo de conexión.

La conexión de los lactantes fuera del período neonatal es crucial para el desarrollo óptimo. Los lactantes que reciben atención extra, como la respuesta inmediata de los padres a cualquier llanto o inquietud, muestran menos llanto e inquietud al final del primer año. La ansiedad causada por personas extrañas aparece entre los 9 y los 18 meses de edad, cuando los lactantes se muestran normalmente inseguros al separarse del cuidador primario. Las capacidades motoras nuevas del niño y su atracción por la novedad pueden hacer que se lance a nuevas aventuras que conducen a susto o dolor, seguidos por esfuerzos frenéticos para encontrar y unirse al cuidador primario. El resultado consiste en

oscilaciones dramáticas, desde la independencia obstinada hasta la dependencia extrema, que pueden resultar frustrantes y confusas para los padres. Con una relación segura, éste período de ambivalencia puede ser mas corto y menos tumultuoso.

2.2.1.5 Desarrollo de autonomía en la niñez temprana.

Los preescolares criados con cariño comienzan a desarrollar cierta autonomía que les permite la separación de los padres. En épocas de estrés, los preescolares dependen con frecuencia de sus padres, pero en las actividades usuales se pueden separar de modo activo. La edad de 2 a 3 años es una época de avances importantes en las capacidades motoras finas, las capacidades sociales, las capacidades cognitivas y las capacidades de lenguaje. La dependencia de la lactancia cede a la independencia del desarrollo; es la edad del “puedo hacerlo yo solo”. El establecimiento de límites resulta esencial para equilibrar la independencia emergente del niño.(23)

Se debe considerar entonces estos aspectos cuando el niño es hospitalizado, indagar con los padres si estos están siendo cuidados con amor.

2.2.1.6 La hospitalización.

Menenguello refiere: *“Cuando ingresa en el hospital, el paciente abandona su ambiente natural, dejando afuera la mayoría de los factores externos que intervienen en el desarrollo de su enfermedad, para ingresar en un ambiente donde, en teoría, se dan las mejores condiciones posibles para su mejoría. Allí se controlan el tipo de actividad, la alimentación, las visitas y por supuesto, el tratamiento indicado para su recuperación”.*

Así mismo refiere: *“el médico realiza una historia clínica completa, plantea los diagnósticos e indica un estudio y un tratamiento en formularios diseñados para ello. Posteriormente un completo equipo de salud aplica*

cada una de las indicaciones médicas y mantiene una supervisión del paciente consignando en la ficha clínica la evolución de sus signos vitales, el peso, el estado general, el apetito, la ingesta alimentaria, la diuresis y toda otra información pertinente”.

También refiere: “el niño es revaluado por el médico cada vez que sea necesario y deja nuevas indicaciones de acuerdo con la evolución clínica y los resultados de los estudios diagnósticos realizados. Una de las principales ventajas que tiene el médico en este modelo de atención es la posibilidad de efectuar una evaluación permanente del enfermo, pudiendo examinarlo, modificar indicaciones y solicitar nuevos exámenes tantas veces como sea necesario”.

“El lenguaje utilizado por el médico es bastante técnico y preciso. Abundan las abreviaturas, lo que en general no ofrece problemas para el personal de salud. La familia del niño, suele desempeñar un papel secundario, sin participar en su supervisión ni en sus cuidados”.

“La hospitalización siempre será una situación de excepción y con un efecto traumático para el niño. Por este motivo, el médico deberá evitar su indicación y acortar su duración todo lo que sea posible, sin que esto signifique poner en riesgo su vida”.

Sin embargo, no hay indicaciones médicas sobre supervisar la adaptación al proceso de la hospitalización como tal.

Menenguello menciona: “los médicos, en general, han sido formados para actuar de acuerdo con el modelo de atención hospitalaria. Sus conocimientos, habilidades y actitudes han sido desarrollados principalmente en torno del enfermo hospitalizado, caso en el que la enfermedad es descontextualizada y se toma más vulnerable a su intervención. Si a esto agregamos que la formación médica tradicionalmente ha tenido un sesgo hacia lo biológico en desmedro de lo psicosocial, el resultado es que los médicos son formados para actuar con

premisas y en circunstancias que se dan casi exclusivamente cuando la persona está enferma y en el hospital". (24)

2.2.1.7 Efecto de la hospitalización.

La hospitalización es considerado una experiencia excepcional con una imagen cultural negativa, también significa gravedad. No existe una respuesta universal a la hospitalización. Existen determinadas variables (motivo de ingreso, edad del niño, estadio de la enfermedad) que van a influir en la respuesta individual.

2.2.1.8 Efecto Psicoemocional de la hospitalización.

El efecto psicoemocional está definido como las respuestas fisiológicas, conductual, emocional, y cognitiva que manifiesta el niño frente a un estímulo permanente o no. Sólo las repetidas hospitalizaciones de períodos superiores a las 2 semanas, especialmente en niños entre 1 a 3 años puede actuar como sensibilización a patologías mentales en el futuro.

Más tarde se le denominaría síndrome de privación materna, puesto que era la separación, y no el hospital, la que causaba trastornos secuenciales del comportamiento en los niños, que acababan con marasmo físico y afectación intelectual que venía a ser irreversible después de un cierto tiempo de separación, aun restituyendo a los padres.

Con la hospitalización de los recién nacidos y bebés, se comprobó hace 25 años en Inglaterra que las caricias y los arrullos eran lo único que funcionaba en ciertos niños para que aumentarán de peso. Los bebés sienten un apego intenso y natural hacia la madre, sea o no biológica y, al igual que el niño, la separación de la madre constituye una amputación ecológica.

Así mismo, es frecuente encontrar desatendidas las necesidades resultantes del proceso de enfermar que monopoliza la atención e

inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención sanitaria, tornándose más importante el órgano afectado que el niño enfermo. Las respuestas son las siguientes:

2.2.1.8.1 Respuesta Fisiológica.

Reviste gran importancia dotar al niño hospitalizado de las habilidades precisas para afrontar la situación en el momento preciso en que acontece, ya que, los períodos inmediatos a los acontecimientos traumáticos suponen un período crítico en la plasticidad neuronal, durante el cual los factores psicológicos y las respuestas fisiológicas del organismo pueden originar, bien la repetición y la cronicidad del proceso traumático, bien el desarrollo y promoción de la capacidad de adaptación y resistencia.(25)

El estrés en el desarrollo del lactante está referido al sistema de cambios corporales que se presentan ante amenazas físicas o psicológicas; el iniciador del proceso es la percepción de un peligro o amenaza por parte del cerebro. Los cambios neuroquímicos que siguen al estímulo amenazante detectado por la amígdala se ejecutan a través del llamado "eje del estrés" conformado por el hipotálamo, la hipófisis y la suprarrenal que produce epinefrina y cortisol.

La epinefrina activa de manera rápida el sistema nervioso simpático, aumenta la frecuencia cardíaca, desvía la sangre desde el sistema digestivo a los músculos libera energía por las células para uso inmediato. A su vez, el cortisol conocido precisamente como "hormona del estrés" libera energía adicional movilizand las reservas desde las proteínas, suprime el sistema Inmune y el crecimiento físico, e Inhibe las hormonas reproductivas. Si la situación de alarma persiste, el cortisol continua su efecto catalizador destruyendo los tejidos necesarios para conseguir los aminoácidos que ayudan a responder en la situación de estrés, conllevando a aspectos negativos para el organismo entre los que

se destacan daños al sistema inmunitario y a las neuronas, en especial las del hipocampo que se relacionan con las funciones de memoria y aprendizaje.

A.- Trastorno del sueño (insomnio):

Esto por malos hábitos aprendidos; es una alteración del sueño que si no se cura a tiempo, puede provocar graves secuelas psicológicas, algunas de las más graves alteraciones observadas en los niños separados de sus madres, en orfanatos y hospitales, dan una falsa sensación de que todo va bien.

Es importante reconocer que algún grado de insomnio es normal en los niños, particularmente durante la infancia temprana, cuando los ritmos circadianos aún están inmaduros y la necesidad de alimentación en la noche es importante sobre todo antes de los 6 meses. Sin embargo, los niños entre 11 y 27 meses tienen un promedio de dos despertares por noche y cerca de un 20% de niños menores de 2 años demuestran despertares nocturnos, que se consideran como anormales por sus padres.

Los factores de riesgo asociados con despertares frecuentes en la noche son, el dormir con el niño, edad menor de 1 año, ansiedad de separación, temperamento de baja tolerancia a la frustración, fallas en estructura de rutinas para ir a la cama o hábitos irregulares, efectos secundarios de medicación, enfermedad aguda, otras situaciones médicas coexistentes (Retardo Mental, autismo, entre otras).

En los preescolares, el insomnio se asocia con resistencia a ir a la cama, en ese momento el niño puede llorar, intenta repetidamente dejar su habitación o se dedica a otras actividades para evitar iniciar el sueño. El 20% de los niños

entre 1 y 3 años de edad tienen resistencia para ir a su cama y el 10% a los 4 años. Debe cumplirse al menos tres meses con criterios diagnósticos de insomnio conductual de la infancia. Aquellos con dificultad para ir a la cama por alteración en las circunstancias deseadas, tienen estrés emocional, el cual irrumpe en el inicio del sueño y en los despertares fisiológicos que caracterizan al sueño infantil normal.

El insomnio en los escolares y adolescentes afecta entre un 10% a 30% en una población, las influencias más importantes son el estrato social, ambiental y de desarrollo, como la ganancia de la independencia, la toma de decisiones respecto a los tiempos de acostarse y levantarse, lo cual resulta en irregularidad en hábitos de sueño e insuficiencia crónica de sueño. El uso de aparatos electrónicos en sus habitaciones incrementa el riesgo para estos trastornos. El insomnio psicofisiológico en niños escolares se caracteriza por una preocupación crónica, con excesiva ansiedad por el sueño, lo cual resulta en incremento del grado de vigilia que demora el inicio del sueño.

Criterios diagnóstico de insomnio conductual de la infancia:

1. Los síntomas cumplen criterios para insomnio según el reporte de padre o cuidadores.
2. Los síntomas en los niños que están asociados con el inicio del sueño y los límites adecuados, se definen a continuación:
 - a.- Tipo insomnio de conciliación, incluye los siguientes:
 - El inicio del sueño es un proceso prolongado que requiere condiciones especiales.
 - La asociación de características de inicio del sueño son altamente demandantes o problemáticas.

- En ausencia de las condiciones típicas asociadas, la conciliación del sueño es sustancialmente interrumpida o demorada.
- Los despertares nocturnos requieren intervención de los padres o cuidadores para que el niño retorne al sueño.

b. Tipo insomnio por ausencia de límites, incluye las siguientes características:

- El niño tiene dificultad de mantener o iniciar el sueño.
- El niño rechaza ir a la cama a un tiempo apropiado o rechaza volver a la cama luego de un despertar nocturno.
- Los padres o cuidadores demuestran límites inapropiados o insuficientes para la hora adecuada de acostar al niño o el comportamiento adecuado para ir a su cama.

c.- El trastorno de sueño no es mejor explicado por otro desorden comportamental, médico, neurológico o de sueño diferente.

• Tratamiento del insomnio en la etapa de lactante y preescolar.

Las formas leves del insomnio se resuelven inicialmente con la "higiene de sueño". El establecer rutinas apropiadas para ir a la cama según edad, además de establecer un ambiente de calma y un estado que conduzca más fácilmente al sueño, éstas rutinas pueden incluir: baño, uso de pijama confortable, cepillado de dientes, lectura de cuentos; establecer un horario regular (tiempos de acostarse y levantarse) y el ambiente apropiado son elementos claves para la

higiene del sueño, eliminar las siestas según la edad, para evitar el insomnio por las mismas, además debe propiciarse una temperatura continua y confortable, con luces bajas o ninguna luz para favorecer el inicio del sueño y son éstas las situaciones que se afecta cuando el niño se encuentra hospitalizado.

El tratamiento del insomnio conductual u otras formas de insomnio en la niñez consiste inicialmente en la estructuración de una intervención comportamental, que podría incluir extinción (ignorar todo); extinción graduada (ignorar progresivamente); rutinas positivas y desvanecer el tiempo hacia la cama con control de estímulo; guía de anticipación y educación a los padres. El uso de medicación en este grupo de edad se trata en algunos ensayos clínicos controlados, especialmente con antihistamínico (trimeprazina, difenhidramina) y otros como hidrato de cloral, con algunos reportes ambiguos en cuanto a su eficacia, por lo cual no se recomienda el uso de los mismos en forma sistemática.

B.- Trastorno del apetito:

La etiología de estos trastornos es multifactorial, e incluye la percepción individual y la autoestima con componentes biológicos y genéticos. Todo esto asociado a la fase del desarrollo en la que se encuentre el paciente, el contexto familiar y cultural.

Estudios realizados en gemelas idénticas muestran mayor presencia de estas enfermedades, siendo más predominante en gemelas monocigóticas, y en otras enfermedades mentales como trastornos afectivos, ansiedad y abuso de sustancias, lo que evidencia más ampliamente el factor genético con un posible patrón de agregación familiar.

La comida tiene un alto contenido simbólico la primera relación del bebé es con la madre a través del seno, y posteriormente se van estableciendo las relaciones propiamente dichas. No en vano la forma de comer se ve relacionada con sentimientos como depresión, rabia o alegría y pareciera haber un propósito narcisista. Éste se ve en la perfección para recuperar la adulación y el sentimiento del ser dentro del mundo que se tiene en la niñez, y que no se logra encontrar en las formas de interacción adulta.

En los pacientes se han detectado rasgos de personalidad como obsesiones, perfeccionismo y rigidez en los tipos restrictivos e impulsividad marcada de los subtipos purgativos.

Alteraciones en el acto de comer.

- Presentes por al menos un mes.
- Consumo inadecuado de alimentos.
- Bajo peso y talla para la edad.
- No se debe a una condición médica.
- Menos de 6 años.

C.- Ganancia inadecuada de peso:

Diversos problemas de alimentación como rumiación, vómito, pica, y rechazo a la comida pueden tener consecuencias serias en la salud general del individuo. Algunas de estas conductas son generadas por situaciones del ambiente (falta de estímulos) o por las limitaciones del individuo (estar en silla de ruedas).

Algunos factores asociados a estas conductas son: Discapacidad intelectual (DI) con mayor compromiso, sexo masculino, edad temprana, y episodio depresivo mayor. Para la obesidad existen factores como: DI con menor compromiso,

mujeres, adultos, vivir en comunidad, como también tener síndrome de Down.

Los objetivos del tratamiento en primera instancia en todos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, son la recuperación y estabilización del peso, manejar y controlar las complicaciones médicas que estén presentes, así como el tratamiento de comorbilidades, recuperación a nivel de peso y talla en los pacientes en edades prepuberales. El tratamiento debe ser multidisciplinario, que incluye nutrición, psicoterapia y psiquiatría. Nutrición para rehabilitación, restauración de peso y manejo de complicaciones médicas.

D.-Enuresis:

Los niños con enuresis presentan mayor frecuencia urinaria, ya que se les hace mas difícil el vaciamiento de la vejiga, esta dificultad se asocia con una gran tensión emocional que tiende a agravar el problema. Estos niños generalmente son ansiosos, aprehensivos y en la gran mayoría de los casos presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad. La enuresis puede estar presente desde el nacimiento (enuresis primaria) o puede suceder después de algún período de control vesical (enuresis secundaria). Puede ser parte de un conjunto de síntomas (polisintomática) de un trastorno emocional o de comportamiento, o puede también ser un síntoma unico.

Enuresis que es la misión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o Intencionada). El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de dos episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo

equivalente). El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Los síntomas de los trastornos de eliminación son clasificados de acuerdo con aspectos patológicos de las fases fisiológicas del tracto urinario y las funciones ano rectal en almacenamiento y eliminación (evacuación). La enuresis se clasifica según la parte del día en que se presente, si se ha establecido un control de esfínteres preliminar o no se ha establecido, y a la presentación del síntoma aislado o asociado a otros síntomas.

- **Enuresis primaria:** Ocurre en niños que nunca han alcanzado control adecuado y no han logrado estar secos a lo largo de la noche.
- **Enuresis secundaria.** Ocurre en niños que previamente habían establecido control vesical adecuado y presentan reanudación de mojado después de 6 meses de sequía.
- **Enuresis diurna.** Se refiere a la emisión durante el día.
- **Enuresis nocturna.** Se refiere a la micción durante el sueño.
- **Enuresis monosintomática.** No presenta síntomas asociados y tiene una prevalencia de enfermedad urológica similar a la población general.
- **Enuresis polisintomática** (síndrome enurético). Presenta síntomas asociados tales como polaquiuria (aumento de la frecuencia de las micciones de escasa cantidad), tenesmo (sensación de no haber orinado totalmente), urgencia miccional (sensación de no poder contener la orina y tener la necesidad de orinar lo más rápidamente posible). Requiere un estudio diagnóstico diferente y un tratamiento específico

según su etiología. Existe un claro componente genético en la enuresis.

Se han identificado otros factores asociados como inmadurez en el desarrollo, alteraciones del sueño y factores psicológicos asociados generalmente con enuresis secundaria. Los factores psicológicos están vinculados a estrés derivado de situaciones como separación de los padres, trauma escolar, abuso sexual, disfunción familiar, hospitalización, etc. En estos casos la enuresis aparece como un síntoma de regresión asociado con las situaciones de estrés.

Los factores biológicos relacionados con los trastornos de la eliminación dependen de la maduración apropiada de sistemas y subsistemas neurobiológicos, la micción y las funciones anorrectales están reguladas por neuronas en la protuberancia y el área gris periacueductal.

El retardo en el desarrollo o inmadurez es una de las principales causas de enuresis, la maduración sexual tardía ha sido asociada con alta prevalencia de enuresis entre adolescentes y existe una gran incidencia de enuresis en niños que tuvieron retardo en el desarrollo psicomotor y del lenguaje.

En cuanto a la relación con el sueño, se ha correlacionado la enuresis con una alteración del sueño no REM. Sin embargo en todas las fases del sueño se puede presentar emisión involuntaria de orina. También se ha descrito que los niños enuréticos pueden estar en riesgo de problemas cognitivos durante el día, secundarios a una calidad del sueño inferior.

E.- Encopresis:

Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada. Por lo menos un episodio al mes

durante un mínimo de 3 meses. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como laxantes, ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Está asociada a estreñimiento. El estreñimiento oscila desde formas leves e intermitentes hasta formas más graves y severas. Cuando no está asociada a estreñimiento (encopresis no retentiva). Los niños con encopresis habitualmente no se dan cuenta que presentan evacuación de sus heces de manera involuntaria.

Las manifestaciones clínicas son variables, con frecuencia los menores con esta condición manchan su ropa interior varias veces al día, incluso en las formas retentivas. Pueden hacer toda la deposición en la ropa o sólo mancharla. Algunos niños presentan rasgos obsesivos y rechazan sentarse en el inodoro, tienen dificultades para limpiarse y terminan defecando de pie en el baño, en las toallas o se esconden en cualquier sitio de la casa donde puedan sentirse cómodos y menos ansiosos. Este comportamiento se asocia a pautas de crianza ineficaces por parte de los padres y profesores en el manejo del control de esfínteres.

El tratamiento de la encopresis ha sido dirigido al diseño de protocolos que contemplan la educación de los padres y menores, en aspectos tales como entrenamiento de hábitos intestinales, hábitos de higiene y manejo nutricional (consumo de alimentos ricos en fibra, reducción del consumo de alimentos que generen estreñimiento). El tratamiento farmacológico es raramente utilizado en los niños. Cuando se requiere, se implementa polietilenglicol 3350, el cual es un

laxante leve que tiende a aumentar el contenido de agua en el colon descendente contribuyendo a mejorar la motilidad intestinal. También se utilizan supositorios de glicerina, aceite mineral como lubricantes colorrectales. (26)

2.2.1.8.2 Respuesta conductual.

La personalidad del niño condicionará la reacción ante la enfermedad. Así, es posible discernir entre tres tipos de afrontamiento, los manifestados por aquellos niños categorizados como dependientes, grupo que, ante el malestar sobrevenido, se refugian en la familia, tornándose vulnerables y demandantes de una atención permanente. Ante esta actuación, los padres tienden a adoptar una actitud sobreprotectora. En el otro extremo, se hallarían los niños retraídos, quienes tienden a aislarse y mostrarse distantes. El tercer tipo de afrontamiento, lo constituye el evidenciado por pacientes que adoptan conductas desafiantes ante la enfermedad, inconscientes del posible riesgo que su comportamiento puede acarrear.

A.- Pesadillas:

Las pesadillas se evocan en el sueño REM y son el resultado de un despertar durante un sueño aterrador. La agitación posterior al despertar es algunas veces importante, pero el hecho de que el niño se despierte por completo, responda al consuelo de sus padres y haga un recuento de lo sucedido en el sueño, ayuda a distinguir el evento de los terrores nocturnos. Las pesadillas emergen durante la última mitad del tiempo de sueño, cuando el REM es usualmente más prolongado y más prevalente.

En general no requieren tratamiento, pero si existen pesadillas con una frecuencia inesperada, prolongada o violenta en su contenido, pueden ser señal de alarma, para investigar causas de tipo médico o psicológico.

B.- Fobias a la oscuridad:

Las fobias específicas, están caracterizadas por una respuesta de miedo excesivo e irracional cuando un niño se expone o se anticipa a la exposición de un objeto o situación determinada. Los objetos más temidos suelen ser animales, insectos, sangre y espacios cerrados. Frente a la posibilidad de contactarse con el objeto temido, o la situación, el niño suele tener una respuesta conductual excesiva de temor o angustia que suele paralizarlo.

C.- Dependencia afectiva:

Es un tipo especial de apego infantil, en el que el niño tiene un miedo constante a la separación de una figura vinculada (por ejemplo, la madre), protesta enormemente cuando se aleja y se aferra a ella de una manera excesiva, el vínculo que mantienen estos niños no es seguro, y esto produce en ellos un continuo estado de alerta ante la temida separación y desprotección, la explicación radica en que estos miedos son justificados a causa de la frecuente historia de separaciones como internamientos en orfanatos, hospitalizaciones, etc.; o bien de amenazas recurrentes de abandono, pueden revestir infinitas formas: desde llevar al niño a un castillo plagado de monstruos, hasta dejarlo solo en un lugar desconocido.

El apego ansioso o ansiedad de separación se ha relacionado con psicopatologías adultas como la depresión y la agorafobia e indirectamente con el comportamiento violento o antisocial.

Las similitudes de este concepto con la dependencia emocional son evidentes; de hecho, en ésta se presentan los tres subcomponentes fundamentales del apego ansioso: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación.

La diferencia entre el apego ansioso y la dependencia emocional se basa en el enfoque excesivamente conductual del primero, es decir, que en su conceptualización los fenómenos del apego y de la separación están minusvalorados afectivamente. De hecho, las referencias explícitas a las emociones se producen cuando se describe la reacción ante un apego exitoso (bienestar, alegría) o uno frustrado (ansiedad, tristeza o ira), por lo que se echa en falta una mayor relevancia del componente afectivo del vínculo, hay importancia excesiva a una separación puntual o al recuerdo de amenazas de abandono, y sin duda la tienen, pero sólo si son un aspecto más de relaciones familiares perturbadas o insatisfactorias, lo patógeno no es en sí una separación temporal, sino la pérdida de vínculos afectivos creados, y mucho más cuando no hay oportunidad para crear otros nuevos o se producen situaciones de peligros, soledad, o entorno desconocido. (27)

D.- Llanto:

Para algunos expertos en educación, ésta es una desagradable faceta del carácter infantil, y el objetivo ha de ser vencer su «egoísmo» y su «obstinación», enseñarles a retrasar la satisfacción de sus deseos. Podríamos comprender que, un cuarto de hora después de irse su madre, empiezan a ponerse un poco intranquilos; que a la media hora lloriquean, que a las dos horas lloran con todas sus fuerzas. Eso parecería lógico y razonable. Eso es lo que hacemos los adultos, lo que hacen los niños mayores cuando les hemos “enseñado” a ser pacientes. Pero, en vez de eso, los pequeños se ponen a llorar con todas sus fuerzas en cuanto se separan de su madre; lloran aún más fuerte a los cinco minutos, y sólo dejan de llorar por agotamiento. Ponerse a llorar de manera inmediata es la conducta «lógica», la conducta adaptativa, la conducta que la selección natural ha favorecido durante millones de años, porque facilita la supervivencia del individuo. (28)

El llanto de nada serviría si la madre no estuviera también genéticamente preparada para responder a él. El llanto de un niño es uno de los sonidos que provocan una reacción más intensa en un adulto humano. La madre, el padre e incluso los extraños se sienten conmovidos, preocupados, angustiados; sienten el inmediato deseo de hacer algo para que el llanto pare. Darle el pecho, pasearlo, cambiarle el pañal, cogerlo en brazos, ponerle ropa, quitarle ropa; lo que sea, pero que calle. Si el llanto es especialmente intenso y continuo, acudirán a urgencias. (29)

E.- Protesta:

La cual puede durar horas o semanas, el niño (a) tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño (a) suele ser considerado un mal paciente.

En clínica se reconoce llanto intenso e inconsolable, rechazo a las atenciones de los extraños y llamado de los padres con insistencia, el niño se comporta agresivo y rebelde.

F.- Desesperación:

Se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño (a) presenta apatía, retraimiento fuera de lo normal, una gran tristeza. El menor se muestra hipoactivo, hiporético, indiferente al medio ambiente, rechaza los juegos y busca estar solo; se retrasa en algunas habilidades adquiridas. En esta etapa también se torna triste y deprimido y parece incluso adaptarse al hospital.

G.- Negación:

El niño (a) muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.(30)

En un esfuerzo por evadir el dolor emocional, se resigna y se desprende de sus progenitores y comienza a relacionarse con otros niños de la misma sala, pero con más interés por el medio ambiente.

El rechazo se evidencia cuando reacciona negativamente a las visitas de su familia, está inconforme y llora, se niega a comer y acostarse o tomar fármacos y puede sufrir regresión en su desarrollo. Si incurre en depresión, rechaza a sus progenitores o se aferra a ellos. A esta edad de 12 a 24 meses tiene presente su rutina hogareña, así como actividades con su madre y hermanos, y extraña sus objetos personales; su principal reacción a los cambios es la “regresión” que puede afectar las cuatro esferas del desarrollo.

Los procedimientos médicos aunados a la enfermedad ocasionan profundos cambios en su entorno. Su imagen corporal no está bien definida, las maniobras de exploración instrumentada causan ansiedad, sus reacciones son intensas y emotivas, con expresión de gestos de dolor, empujones, agresión con mordidas, rasguños, puntapiés, golpes o desviando los objetos con fuerza; estos pacientes también aprietan los dientes, escupen, giran el cuerpo y los que son capaces se defienden con agresiones verbales o manifiestan dolor, aunque éste no se haya producido.

A finales de la lactancia empiezan a comunicarse verbalmente con sus padres y el dolor es referido sin alcanzar todavía la capacidad de describir el tipo o intensidad, pero pueden localizarlo.

Existe mayor seguridad interpersonal, son más maduros y autosuficientes, tienen tolerancia a la separación por breves periodos y pueden sustituir la imagen de los padres por otras conocidas; sus manifestaciones al estrés y la separación son de ansiedad y aunque su protesta es menos notoria, manifiestan llanto, hacen preguntas insistentes a sus padres o al personal, aceptan con menor resistencia la colocación de venoclisis o la toma de muestras y piden explicación a lo sucedido, sobre todo los de mayor edad.

Los pre escolares, se niegan a acostarse, ponerse la bata o bañarse. Agreden o rompen objetos y son capaces de identificarse con alguna enfermera, médico o becario, al que le exigen que permanezca a su lado.

El concepto de integridad corporal está poco desarrollado y pueden creer que la hospitalización es un castigo; alrededor del cuarto año de vida se preocupan por mutilaciones o pérdida de alguna parte de su cuerpo.

Al final de esta edad, las reacciones al estrés son de agresión, expresiones verbales y dependencia. Empujan a las personas y tratan de arrancar lo que llevan en las manos; gritan palabras como “quítate”, “vete”, “déjame”, “te pego”; además, amenazan o pronuncian palabras altisonantes. Algunos más tranquilos sobornan a la enfermera: “si me dejas te doy un dulce”, “si no me inyectas te presto mi muñeca”, u otras similares.(31)

H.- Tristeza:

Las emociones, como tristeza, felicidad y temor, son reacciones subjetivas a la experiencia que se asocian con cambios fisiológicos y conductuales.

La tristeza, constituye probablemente la más frecuente reacción emocional. Todos los niños pueden estar tristes en algún momento

de su vida, más aún cuando se sufre alguna pérdida o se está en duelo.

I.- Retraimiento:

Los infantes con retraimiento o Inhibición conductual tienen mayor riesgo de presentar trastornos depresivos en etapas posteriores de su vida, mientras que aquellos con falta de autocontrol tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta.

J.- Apatia:

Estado de desinterés y falta de motivación o entusiasmo en que se encuentra un niño y que comporta indiferencia ante cualquier estímulo externo.

2.2.1.8.3 Respuesta emocional:

Tal es el impacto que la enfermedad ocasiona que un significativo porcentaje de niños hospitalizados padecen trastornos emocionales durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica, en torno al 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el centro sanitario.

Así mismo, el permanecer hospitalizado en un medio desconocido, la separación de la familia, ser evaluado por una ingente cantidad profesionales a los que desconoce, la incertidumbre, la ruptura con la vida cotidiana, constituyen un cúmulo de circunstancias que generan en el paciente un sentimiento de inferioridad y un deterioro de su autoestima.

A.- Sentimiento de inferioridad:

Es un sentimiento que el niño tiene con respecto a los demás cuando se siente constantemente menos que ellos, este es un estado que genera algunos comportamientos, actitudes y conductas con las que el sentimiento de inferioridad queda patente con respecto a las demás personas.

Aquellos niños que sufren a causa de este problema, no se sienten felices, permanecen convencidos de que nunca podrán estar a “la altura” de determinada situación, o incluso a “la altura” de una persona. Sienten constantemente, que no van a ser capaces de conseguir algún objetivo que se proponen o que socialmente no son un atractivo o no representan nada importante, lo que generalmente, los hace sufrir profundamente.

El sentimiento de inseguridad en los niños con este problema es constante, se siente limitado en un gran número de situaciones, de hecho, el solo pensar que tiene que realizar una nueva actividad le produce pánico y tensión, lo que desencadena un deseo de huida ante estas situaciones.

B.- Deterioro de autoestima:

Uno de los principales determinantes de la autoestima, según Erikson (1982), es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad para el trabajo productivo. El tema central de la tercera infancia es industria versus inferioridad. Los niños necesitan aprender las habilidades que son valoradas en su sociedad.

El cambio y la estabilidad en personalidad, emociones y relaciones sociales constituyen el desarrollo psicosocial, y éste puede afectar el funcionamiento cognitivo y físico. La ansiedad relacionada con hacer mal las cosas puede empeorar el desempeño. El apoyo social puede ayudar a los niños a lidiar con los efectos del estrés en la salud física y mental. Por otro lado, las capacidades físicas y cognitivas afectan el desarrollo psicosocial al contribuir a la autoestima y la aceptación social. De 3 a 6 años, el autoconcepto y la comprensión de emociones se vuelven más complejos; la autoestima es global. (32)

Este problema en muchas ocasiones surge como consecuencia de haber sufrido uno o varios fracasos, pero también, puede darse cuando el niño vive en un ambiente familiar destructivo, donde el rechazo es evidente, donde se castiga y se regaña de forma injusta, y sobre todo, donde se ridiculiza y donde se humilla.

C.- Ansiedad:

Es un estado emocional donde los niños se sienten inquietos, agitados, aprensivos o temerosos. Se puede hablar de una ansiedad normal, experimentada frente a situaciones desconocidas o potencialmente peligrosas, y que cumple una función ligada a la supervivencia. Se deben considerar tres niveles diferentes: el cognitivo, el fisiológico y el motor. Cuando esta respuesta se vuelve persistente, descontrolada o paralizante y está presente durante un período de 6 meses o más, es calificada como trastorno.

En las últimas décadas se identificaron variables con incidencia en la etiología de los trastornos de ansiedad en los niños; están involucrados factores genéticos, neuroquímicos, anatómicos y del entorno. En el preescolar el aumento de la inquietud motora, llanto fácil, dificultad para separarse de los padres y disfrutar en ambientes seguros; en el escolar la irritabilidad, susceptibilidad, inhibición motora, disminución del rendimiento escolar, alteraciones del sueño y de alimentación; pueden ser algunos de los síntomas.

Al detectar la ansiedad en los niños enfermos se debe tener en cuenta determinados síntomas y establecer desde cuando han aparecido, cuando se presentan y cuanto tiempo duran. La ansiedad puede estar asociada a la hospitalización, características de la enfermedad y a los efectos de los tratamientos.

D.-Estrés:

Los periodos cortos de estrés no significan un problema para el desarrollo, de hecho, la supervivencia requiere la capacidad de una respuesta adecuada ante estímulos que perturban el equilibrio. Sin embargo, periodos prolongados de estrés pueden afectar negativamente el desarrollo del cerebro; en este sentido, el Comité del Centro de Desarrollo infantil de la Universidad de Harvard realizó la categorización de los eventos estresores así:

- ❖ **El estrés tóxico** que es una activación fuerte, prolongada o frecuente del sistema que maneja el estrés. Los eventos estresantes que tienden a provocar este tipo de respuesta son aquellos crónicos, incontrolables y experimentados sin que el niño tenga acceso al apoyo de sus cuidadores adultos. Los estudios indican que este tipo de estrés puede tener un impacto adverso sobre la arquitectura del cerebro y en casos de extrema severidad, como el abuso o los maltratos crónicos, puede resultar en el desarrollo de un cerebro más pequeño.

- ❖ **El estrés tolerable**, se refiere a la respuesta que puede afectar la arquitectura del cerebro pero que ocurre por breves periodos de tiempo, con un espacio que permite la recuperación y por lo tanto la reversa de los efectos potencialmente peligrosos. Además de su relativa brevedad lo que hace que los eventos críticos sean mas tolerables es la presencia del soporte del adulto que crea ambientes seguros que le ayudan al niño a enfrentar y recuperarse de experiencias adversas como la muerte, la enfermedad de él o de una persona amada, un accidente, la separación de uno de sus padres o el divorcio de ellos. Este tipo de evento puede convertirse, en algunas circunstancias, en

estrés tóxico si no hay el soporte de relaciones seguras con adultos.

- ❖ **El estrés positivo** se refiere a una respuesta moderada y de corta duración que consiste en un breve incremento en la frecuencia cardíaca o cambios leves en los niveles de las hormonas del estrés. Es una parte normal de la vida y aprender a manejarlo es una característica esencial de la autorregulación que soporta muchos otros aspectos del desarrollo.

Así pues, los eventos adversos que provocan estrés positivo pueden ser controlados y manejados por el niño(a) con el apoyo del adulto, y ocurre en el contexto de relaciones positivas, cálidas y seguras, como son el encuentro con una persona nueva, manejar la frustración de no obtener algún objeto, entrar al jardín Infantil, una vacuna, superar el miedo a los animales, hospitalizarse entre otros.(33)

E.- Temor:

Los temores pasajeros son comunes en la segunda infancia. Muchos niños de dos a cuatro años les temen a los animales, en especial a los perros. Para los seis años, es más probable que teman a la oscuridad. Otros temores comunes son las tormentas, los doctores y las criaturas imaginarias. La mayoría de estos miedos desaparecen a medida que los niños crecen y pierden su sensación de impotencia.

Los temores de los niños pequeños se derivan principalmente de su intensa vida de fantasía y de su tendencia a confundir la apariencia con la realidad. A veces se dejan llevar por su imaginación y se preocupan de ser atacados por un león o de ser abandonados. Asimismo, es más probable que teman a

algo que parece terrible, como un monstruo de caricatura, que a algo que puede causar gran daño, como una explosión nuclear (Cantor, 1994).

Los temores quizá se deriven de experiencias personales o de escuchar sobre las experiencias de otras personas (Muris, Merckelbach y Collaris, 1997). Un preescolar cuya madre está enferma en cama quizá se altere por una historia sobre la muerte de una madre, aunque sea la muerte de la madre de un animal. A menudo, los temores provienen de estimaciones de peligro, como la probabilidad de ser mordido por un perro o se activan debido a eventos, como cuando un niño que ha sido atropellado por un automóvil adquiere el temor a cruzar la calle. Los niños que han vivido un terremoto, un secuestro o algún otro suceso atemorizante quizá teman que suceda de nuevo (Kolbert, 1994).

Los padres y cuidadores pueden aliviar los temores de los niños al infundirles una sensación de confianza y precaución normal, sin ser demasiado protectores, y también superando sus propios temores poco realistas. Pueden tranquilizar a un niño temeroso y alentar la expresión abierta de los sentimientos. La ridiculización “No te portes como un bebé”, la coacción “Acaricia a este lindo perrito, no te va a morder” y la persuasión lógica “El oso más cercano está a 30 kilómetros de distancia, encerrado en un zoológico” no son útiles. Es hasta la escuela primaria que los niños pueden decirse a sí mismos que aquello que temen no es real (Cantor, 1994).

Los lactantes participan en “juegos sociales” y tratan de obtener respuesta de las demás personas. “Platican”, tocan y “coquetean” con otros bebés para hacer que respondan. Expresan emociones más diferenciadas y muestran alegría, temor, enojo y sorpresa.

Los lactantes están intensamente concentrados en su cuidador principal, pueden volverse temerosos ante los desconocidos y actúan de manera contenida en situaciones novedosas. Para el primer año de edad, comunican sus emociones de forma más clara, exhiben estados de ánimo, ambivalencia y grados de sentimiento.

Los infantes exploran su ambiente y utilizan a las personas a las que más apegados están como base segura para ello. A medida que dominan el ambiente, adquieren mayor confianza y están más dispuestos a imponerse.

En ocasiones, los infantes se tornan ansiosos porque ahora se percatan de lo mucho que se están separando de su proveedor de cuidados.

F.- Miedo:

El miedo intenso acerca de la muerte y problemas para dejar a sus padres e ir a la escuela, son motivo de evaluación. El médico del niño puede asistir con una canalización apropiada.

Los niños pobres, que quizá consideren amenazante a su ambiente, son más temerosos que los niños de nivel socioeconómico más alto. Los niños que crecen rodeados constantemente por la violencia a menudo tienen problemas para concentrarse y para dormir. Algunos se vuelven agresivos y algunos llegan a considerar a la crueldad como algo normal. Muchos no se permiten desarrollar un apego hacia otras personas por temor a sufrir más daño y pérdida (Garbarino et al., 1992).

J.- Pánico:

Suele comenzar en la adolescencia temprana, en especial luego de los 13-14 años de edad. La sintomatología del niño y adolescente es semejante a la presentación en los adultos:

temor a morir, a tener un ataque al corazón o volverse loco durante la crisis.

El temor a padecer ataques de pánico cuando se transforma en una preocupación sostenida se denomina trastorno de pánico.

En la Infancia suelen predominar síntomas somáticos (temblores, molestias digestivas, palpitaciones, sudoración) sobre los síntomas cognitivos (miedo a morir, pérdida de control o volverse loco).

Aparición temporal súbita de miedo que se acompaña de síntomas físicos, sensación de irrealidad, miedo a perder el control, a morir, parestesias. El foco del tratamiento, como lo explican Barlow y Craske, está en eliminar la conducta de evitación mediante exposición gradual con herramientas de reentrenamiento de la respiración (lenta, diafragmática), relajación muscular progresiva, reatribución cognitiva como explicar fisiología de la ansiedad, hipervigilancia, respuesta a sensaciones físicas sutiles, revisar errores de sobreestimación y "catastrofización" y hacer exposición interoceptiva, que consiste en exponerlo a las sensaciones corporales que se temen mediante hiperventilación forzada, esfuerzo cardiovascular, entre otras, para que cuestione ideas erróneas y no lea las sensaciones fisiológicas como señal de riesgo inminente para la supervivencia.

Se refuerza este principio al decir que el pánico ocurre cuando la persona interpreta erróneamente y catastrofiza sus sensaciones corporales. Exposiciones en vivo e ininterrumpidas tienen mayor respuesta que exposiciones imaginarias, la finalidad no abarca permanecer en la situación que se teme hasta que la ansiedad se reduzca a cero, sino que el paciente pueda aplicar habilidades de afrontamiento mediante relajación o reestructuración.

Sintomas propios de ataque de pánico:

- Ataques transitorios, inesperados, de crisis de ansiedad aguda con sensación de muerte inminente.
- Presencia de múltiples síntomas cognitivos y somáticos.
- Miedo de experimentar otro ataque.
- Los síntomas no pueden ser explicados por condiciones médicas.
- Temor a morir, a tener una crisis asmática o volverse loco durante la crisis.

K.- Depresión:

Los trastornos afectivos comprenden principalmente tres entidades: depresión, distimia y el trastorno afectivo bipolar. Aunque los niños presentan tristeza y aburrimiento como cambios normales del ánimo en diferentes situaciones y etapas de su desarrollo, aquí el término depresión se utilizar para referirse a una enfermedad del estado de ánimo que se acompaña de una constelación de síntomas y que causa impedimento marcado al individuo. Dicha enfermedad es denominada en psiquiatría como Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Existe un espectro amplio de factores etiológicos involucrados en la depresión, y quizás es una de las entidades donde se reconoce generosamente su etiología y patogénesis multifactorial.

Hoy en día se considera que no existe una causa única que explique la depresión, y la lista de factores se puede resumir en tres grandes tipos: biológicos, psicológicos y sociales. Estos no son excluyentes entre sí, y por el contrario, existe una gran interacción entre ellos que permite la aparición del TDM.

- **Factores biológicos**

- Genéticos.
- Temperamento.
- Neuroendocrinos.
- Neuroanatómicos.
- Neurotransmisores.
- Anomalías del sueño.

- **Factores psicológicos**

- Actitudes disfuncionales.
- Eventos vitales negativos (pérdidas fallas).
- Estilo de atribución negativo.
- Abuso físico o sexual
- Problemas de regulación afectiva.
- Identidad sexual.

- **Factores sociales**

- Aspectos parentales.
- Pobreza
- Relación con los pares.
- Violencia Intrafamiliar.
- Ambiente escolar adverso.
- Maltrato físico, verbal.
- Bullying (acoso escolar).
- Abuso sexual.

Algunos niños tienen una susceptibilidad innata (genética, para el desarrollo de la depresión, pero son los factores ambientales los que pueden desencadenar la aparición y determinar la severidad de los episodios depresivos. En este sentido es importante considerar qué otros estresores de menor intensidad para los adultos pueden ser significativos para los niños, como son el cambio de casa o ciudad, cambio de

vecindario de un amigo, cambio de colegio, muerte de su mascota, enfermedad, postración.

Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más leve es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor están influenciados genéticamente.

- **Genética:** El gen transportador de serotonina (5-HTT) es un moderador de la influencia de eventos estresantes, los individuos que poseen al menos una copia del alelo corto de este gen, enfrentados a diferentes estresores en su vida, tienen más episodios de depresión e ideación suicida que los individuos que tienen dos copias del alelo largo.
- **Neurotransmisión:** Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y córtico suprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así, se han visto "alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión".

La sintomatología del TDM depende de las variables: sexo, grupo etario, comorbilidad y las diferencias de cada sujeto.

Síntomas cardinales: En la depresión hay tres síntomas cardinales: tristeza o irritabilidad, anhedonia y adinamia.

- **Tristeza patológica o irritabilidad.** Aunque este es uno de los síntomas cardinales en los adultos, puede estar ausente en muchos niños, y en lugar de eso presentar irritabilidad (o baja tolerancia a la frustración).
- **Anhedonia:** Es la pérdida del placer en las actividades que usualmente se disfrutan, y puede ser cambiante según las actividades que se le presentan al niño o adolescente, los

pacientes con TDM están menos interesados en sus aficiones y se quejan de que "han perdido el interés".

- **Adinamia y fatiga:** Son habituales la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo, tienen dificultad para permanecer en actividad durante todo el día, en el colegio se recuestan sobre el pupitre y en casa permanecen en la cama.

2.2.1.8.4 Respuesta cognitiva:

Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y hospitalización, el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado en el área cognitiva, déficit de atención o dificultad para concentrarse, generalmente, el niño hospitalizado valora la situación que le ha tocado vivir como amenazante e intenta afrontarla en función de su estilo. La adopción de una u otra actitud, que favorecerá o dificultará la adaptación a la enfermedad vendrá condicionada por las características personales del paciente: edad (cuanto menor es el niño, más complejo le resulta superar el acontecimiento traumático); desarrollo evolutivo (a medida que poseen más capacidades cognitivas comprenden mejor la situación); actitud (madurez-inmadurez de los padres), status y valores familiares y acontecimientos estresantes relativos a la hospitalización, preparación y duración de la misma, grado y tipo de enfermedad.

Por lo tanto, lo que caracteriza a los niños enfermos no es únicamente el malestar consecuencia de su situación, sino que, además, derivada de la misma, pueden desencadenarse situaciones de cierta dependencia que tornan al paciente más vulnerable.

Además, la manera en que el niño se comporte ante la enfermedad evidencia las estrategias de las que parte para reducir el impacto de la situación traumática sobrevenida. Es frecuente que la población infantil, consecuencia de sus escasas experiencias, no cuente con las habilidades adecuadas para afrontar de forma pertinente la enfermedad.

A.- Disminución de la capacidad del aprendizaje:

Un grupo grande de escolares presenta dificultades de aprendizaje, algunas debidas a la pobre motivación por el estudio, y en porcentajes menores, pacientes con dificultades específicas en escritura, lectura o cálculo.

La Neuropsicología enfatiza que en los niños cobra gran valor identificar, corroborar o descartar trastornos neuropsiquiátricos propios de estas edades. En ambos hemisferios cerebrales existe una especialización progresiva que se completa prácticamente a los 10 ó 12 años de edad además de una plasticidad neuronal que irá disminuyendo con el tiempo, de manera que si existe una alteración y se identifica tempranamente su recuperación tendrá mejor pronóstico que a edades posteriores.

Durante su desarrollo normal, todos los niños y adolescentes se enfrentan a situaciones novedosas y estresantes (perder un diente, nacimiento de un hermano, entrar al colegio, ir de excursión sin sus padres, una hospitalización, dormir en la oscuridad, etc).

Su fortaleza o vulnerabilidad biopsicosocial, la forma en que hayan sido preparados por sus padres o educadores para estos inevitables retos y las condiciones precisas en que suceden estos nuevos eventos, determinan si su respuesta será de aprendizaje sano y aún lúdico, con

dominio del entorno inmediato; o si por el contrario su actitud no es exitosa y ocasiona reacciones emocionales patológicas, como temor, inseguridad y retroceso en su vector de desarrollo y autonomía esperados; pudiera afectarse el crecimiento emocional y sus reacciones de conducta. Estas situaciones estresantes pueden aumentar en frecuencia e intensidad cuando la vida y el entorno se apartan de lo habitual o esperado.

B.- Pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social:

Las teorías conductuales del aprendizaje social y del desarrollo infantil señalan que la carencia de reglas claras y consistentes en el hogar, así como una disciplina coherente con estas normas; modelos parentales y fraternales antisociales o agresivos; la violencia percibida, sufrida o perpetrada, la falta de monitoreo de los hijos, el abuso sexual o físico y el modelaje a partir de los medios de comunicación masiva (exaltación de conductas violentas y/o disruptivas en la televisión, internet, videojuegos, periódicos y revistas) actúan como factores facilitadores de los trastornos de conducta.

C.- Retraimiento en contacto con la gente:

Se trata de pequeños que se relacionan muy poco, tienden a evitar el contacto social y presentan ansiedad y temor ante los demás. El fenómeno de la timidez infantil ha sido objeto de muy pocos estudios, ya que como estos niños no dan problemas, no se les presta atención. Se piensa que la timidez es normal, que ya se pasará al crecer. Además, son conductas que tienden a reforzarse. Pero las últimas investigaciones informan de que:

- 1º. Las relaciones sociales entre semejantes son muy importantes para los niños.
- 2º. La timidez se considera un problema interiorizado y constituye un problema de falta de habilidad social
- 3º. Timidez y retraimiento social son síntomas de varios trastornos psicológicos.
- 4º. La timidez y el retraimiento social en la infancia tienen consecuencias negativas para el adulto.

Se recomienda diferenciar entre el comportamiento del niño y las respuestas de los otros a dichos comportamientos, ya que no todos los niños solitarios lo son por timidez. Puede deberse a algún tipo de rechazo o ignorancia por parte de los demás.

Así mismo, los niños con aislamiento o retraimiento, suelen estar apartados del resto, prefieren los juegos en solitario o mantenerse sentados mirando a los demás. Suelen callar sus emociones y necesidades, por lo que evitan pedir lo que necesitan e, incluso, se abstienen de buscarlo por ellos mismos. Sus muestras de afecto pueden ser planas o poco expresivas, no obstante, poseen una excelente capacidad de introspección que les permite comprender mejor sus emociones y controlarlas. Por esta razón, muchas veces los niños con retraimiento, se concentran y aprenden rutinas con más facilidad que otros niños.

La tendencia al aislamiento o retraimiento social, a menudo puede ser confundida con trastornos del desarrollo tales como el déficit de atención, trastornos del espectro autista y retardo en el desarrollo. Una adecuada evaluación puede evitar diagnósticos precipitados. En ocasiones, basta una estimulación diferente para lograr que los niños o niñas más aislados se interesen por las actividades sociales en su grupo de pares.

Es importante observar detenidamente el contexto de relaciones de los niños con retraimiento, si se inhiben sólo ante ciertas personas o situaciones, explorar si hay tensiones continuas en el ambiente familiar o escolar, si se les exige más de lo que pueden dar en determinado momento o si no se les presta atención ni confianza. Mientras más temprano se detecten las causas y se describan las dificultades de interacción, mejor será el desenvolvimiento de estos niños y niñas en su vida social futura.(34)

2.2.1.9 Rol de la enfermería en la hospitalización infantil.

Los objetivos terapéuticos generales a conseguir, y cuya formulación teórica podría coincidir en todos los miembros del equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos y enfermeras), son únicos para el paciente pero susceptibles de intervenciones diferentes en función de las competencias de cada uno de los profesionales del equipo.

El personal de enfermería especializado presta cuidados específicos al niño y a los padres, así como intervenciones de colaboración con el personal de la unidad, promoviendo, previniendo y afrontando los problemas de salud mental. La provisión de cuidados integrales de enfermería se realiza a través del proceso de atención de enfermería por la enfermera referente encargada de las interconsultas con hospitalización, así como el seguimiento y valoración del paciente con contactos periódicos según sus necesidades en la unidad de hospitalización o posteriormente en el dispositivo, si así lo precisa.

Tres ejes fundamentales: Niño, padre, entorno.

1. Intervención con los niños. Todos los programas de preparación para la hospitalización infantil conllevan los siguientes objetivos:

- Reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización.
- Potenciar la habilidad del niño y los padres para afrontar la ansiedad.
- Desarrollar o mantener el sentimiento de competencia que facilita el afrontamiento eficaz en padres e hijo.
- Promover la participación de los padres como apoyo del niño.
- Tener en cuenta la individualidad del niño en relación al nivel de funcionamiento cognitivo.

a. Aspectos a trabajar en la primera infancia (0-3 años).

- **Angustia de separación:** es importante que el niño disponga de varias figuras de apego para poder compensar ausencias temporales de algunas de ellas. También puede ayudar a calmarle y a sentirse seguro disponer de objetos con los que esté familiarizado (su juguete o libro preferido).
- **Sentimiento de autonomía y dependencia:** facilitar que el niño realice algunas actividades cotidianas por sí mismo. Por ejemplo comer, caminar, manipular objetos, etc.
- **Sentimiento de confianza básica hacia las personas:** los cuidadores han de ser siempre los mismos. El niño debe estar acompañado de figuras de apego. Informarle del tratamiento con un lenguaje adecuado a su edad.
- **Estimulación psicomotora y sensorial:** es bueno que manipule objetos, proporcionarle estímulos sensoriales, dejar que el niño exprese sentimientos a través de su cuerpo.

- **Habilidades sociales y cognitivas:** intentar que establezca relaciones con los demás niños y cuidadores, realizar juegos relacionados con los conceptos básicos.

b. Aspectos a trabajar en la infancia preescolar (3-6 años).

- **En esta etapa, basándose en la confianza y seguridad,** el niño comienza a tomar iniciativas y planificar actividades que le sirven para adaptarse a su entorno.
- **Fomentar la iniciativa del niño sin que perjudique a otros:** que el niño haga elecciones y tome decisiones, sin que estas afecten a los objetivos de otras personas.
- **Angustia de separación y conductas regresivas:** debe disponer de figuras de apego y evitar la sobreprotección de los padres.
- Verbalizar temores, necesidad de contacto y estar acompañado, evitar el sentimiento de culpabilidad en relación a su familia, programas de apoyo.
- Su limitada comprensión sobre las perturbaciones corporales (enfermedad) y la adquisición de ciertas habilidades para desplazarse, explorar y manipular, además de la manifestación de frecuentes negativas, le dificulta el cumplimiento de normas si no se siente mal (permanecer en la cama, tomar medicinas).(35)

2. Intervención con los padres.

Cuando un niño va a tener la experiencia de una enfermedad o de estar hospitalizado es muy importante la preparación y participación del padre/madre, o en su defecto otro familiar, por las siguientes razones:

- El cuidado de un hijo es una experiencia amenazante por lo que no debe estar solo en manos de los profesionales.

- Cuando el niño es muy pequeño su madre/padre es su principal fuente de confianza y seguridad y más en los momentos de gran vulnerabilidad como los que se producen en la hospitalización.
- Se ha comprobado que si la madre/padre tiene influencias positivas en las reacciones de su hijo, puede resultar beneficioso que forme parte del equipo que cuida al niño.
- Se trata de que la madre/padre o familiar en colaboración con los profesionales consigan minimizar los efectos perjudiciales y potenciar los efectos beneficiosos de la experiencia de hospitalización.
- En la angustia de separación los padres deben estar en todas las experiencias estresantes para el niño como curas y estar el máximo tiempo posible para lo que ahora existe la liberación de horarios de visita (24 horas).
- En el afrontamiento y aceptación de la enfermedad del niño los padres han de estar muy informados ya sea por el personal sanitario o por otras fuentes y es bueno que se relacionen con otros padres en situaciones similares, que visionen videos relacionados con el tema, etc.
- Para trabajar la actitud de los padres hacia el niño hay que orientar a los padres para evitar las actitudes negativas delante de los niños y para que dejen al niño sólo ante actividades lúdicas.
- Los padres han de familiarizarse con el entorno hospitalario y han de familiarizar al niño también.
- A la hora de tratar el concepto de muerte los padres han de opinar sobre qué ideas creen que tienen sus hijos sobre la muerte, no han de evitar este tema, también es bueno integrarse en programas de apoyo para familiares.
- Para tratar el estrés es fundamental la comunicación con los padres, es muy importante que reciban un apoyo emocional y fomentar su confianza en el hospital (en el personal sanitario, enfermeras, etc.).(36)

3.Intervención en el entorno.

- Los espacios deben ser ricos y variados a nivel sensorial con elementos que estimulen el interés visual, auditivo, olfativo, táctil y cinestésico.
- Deben incluir letreros y rótulos con normas e indicaciones que permitan a los sujetos orientarse en lo que deben hacer o sobre el camino que deben seguir para llegar a determinados lugares del hospital.
- Promover interacciones sociales positivas entre los miembros de una familia, así como entre padres y pacientes que no pertenecen a la misma familia.
- El entorno físico del centro debe ser lo más semejante posible a otros contextos infantiles.(37)

2.2.1.10 CONOCIMIENTO

El conocimiento es el conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

El conocimiento, es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual, ello se origina de concepciones aisladas y de hechos causales de ellas. Conocimientos de la razón, referidos a las causas las cosas.(38)

Para Bunge el conocimiento es un *“conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los*

hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales. Se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia". (39)

Kant, en su teoría de conocimiento refiere *"que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia"*.

Locke define el conocimiento como *"un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es la percepción del acuerdo o desacuerdo de dos ideas"*

Locke distingue tres niveles o tipos de conocimiento: el conocimiento intuitivo, el conocimiento demostrativo y el conocimiento sensible.

- El conocimiento intuitivo se da cuando la persona percibe el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato sin ningún proceso mediador. Lo que percibimos por intuición no está sometido a ningún género de duda y Locke considera *"este tipo de conocimiento es el más claro y seguro que puede alcanzar la mente humana"*. Como ejemplo más claro de conocimiento intuitivo nos propone Locke el conocimiento de nuestra propia existencia, que no necesita de prueba alguna ni puede ser objeto de demostración, siguiendo claramente la posición cartesiana sobre el carácter intuitivo del conocimiento del "yo".
- El conocimiento demostrativo es el que se obtiene al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada

uno de sus pasos es asimilado a la intuición. El conocimiento demostrativo sería, una serie continua de intuiciones (como lo es el conocimiento deductivo en Descartes) al final de la cual estaríamos en condiciones de demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas en cuestión, y se correspondería con el modelo de conocimiento matemático. Un conocimiento de este tipo es el que tenemos de la existencia de Dios nos dice Locke. *“Cualquier demostración ha de partir de alguna certeza intuitiva; en el caso de la demostración de la existencia de Dios”*

- El conocimiento sensible es el conocimiento de las existencias individuales. El conocimiento sensible, sin embargo, nos ofrece el conocimiento de cosas, de existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas.

2.2.1.11 Teoría de enfermería que sustenta el estudio:

Modelo de Hidelgard Peplau.

El modelo se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente. El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de

interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- **Fase de orientación.** El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- **Fase de identificación.** El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- **Fase de aprovechamiento.** El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- **Fase de resolución.** El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Funciones de enfermería: En el modelo de Hidelgard Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva. (40)

2.2.1.12 Ramona Mercer y la adopción del rol maternal.

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprendiendo tareas nuevas del cuidado al mismo tiempo experimentando placer y gratificación al hacerlo.

La Dra. Mercer, propone ésta teoría considerando que el ser madre, constituye un cambio importante para la mujer y para siempre, éste rol debe ser adoptado de manera pasiva o activa, sin embargo también resalta que eventos importantes como la enfermedad en el niño, debilita la percepción de ella misma sobre los cuidados que está brindando a su hijo, es ahí donde la enfermera interviene, para educar en acerca del rol materno, sobre los cuidados integrales incluso sobre el proceso de salud enfermedad del niño. (41)

Las teorías de enfermería usadas en ésta investigación se relacionan con el cuidado del niño en los diferentes aspectos, mas aun siendo un niño hospitalizado, ya que los procedimientos, el ambiente, la rutina no es la misma a la de su hogar, y los efectos pueden ser negativos evidenciando esto a través de su vida.

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Conocimiento:** Acción y efecto de conocer.
- **Niño:** Ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida.
- **Hospitalización:** Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.

- **Psicoemocional:** respuestas emocionales adecuadas o no que un individuo brinda hacia el entorno que lo rodea. (42)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo de enfoque cuantitativo, corte transversal y de diseño descriptivo.

Cuantitativo: permitió examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

Transversal: recolectamos datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir la variable, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Descriptivo : Porque describió a la variable y no se modificó.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El Instituto Nacional de Salud del Niño (Ex Hospital del Niño) es la primera Institución pediátrica de referencia de alto nivel de complejidad médica, perteneciente al sistema de salud del MINSA, situada en el distrito de Breña de la ciudad de Lima, se trata del primer hospital pediátrico del Perú, también es denominado Hospital docente, ubicada en el distrito de Breña en la Av. Brasil, N° 600 Lima.

En el área de Hospitalización de medicina se cuenta con 4 ambientes denominados Medicina A: 30 camas, B: 26 camas, C: 30 camas y D: 35 camas, siendo un total 121 camas.

En dicho nosocomio observamos que la rutinización, la poca sensibilidad, el cansancio, la edad, la falta de identificación con la mística de la profesión, las enfermeras muchas veces realizan sus intervenciones procedimentales sin considerar los aspectos propios de la hospitalización en el niño, como es en la esfera psicológica, y solo su atención se centra en la mera enfermedad, limitándose a cumplir con el tratamiento médico, no considerando muchas veces, el llanto del niño, su actitud de defensa, luchando por el temor a los procedimientos, y sumado a eso, que la madre y/o familiar lo jalonee, lo inmovilice, para que “colabore”, porque la enfermera está muy ocupada y tiene que atender de forma rápida, o simplemente no educando a los padres sobre el proceso que implica que el niño se adapte a éste nuevo suceso negativo para él llamado, “hospitalización”.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 93 Enfermeras que laboran en el servicio de Hospitalización de Medicina del Instituto Nacional del Niño y se conformó de la siguiente manera: medicina A con 28 enfermeras, medicina B con 19, medicina C con 22 y medicina D con 24 enfermeras, siendo en total 93 enfermeras del área de hospitalización de medicina.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño.

La muestra fue de 75 Enfermeras de las 93 que laboran el servicio de Hospitalización de Medicina del Instituto Nacional del Niño.

Para el muestro se utilizó el software Epidat 4.0 para la asignación aleatoria.

Tamaño de muestra (n)

Donde:

Z= 1,96 (al 95% de efectividad)

N= Población=93

P= Probabilidad de respuestas correctas=0,5

q = Probabilidad de respuestas incorrectas=0,5

e= Margen de error=0,05

$$n = \frac{z^2 N p q}{N e^2 + z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 93 \times 0,5 \times 0,5}{93 \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} =$$

$$n = \frac{89,3172}{0,2325+0,9604}$$

$$n = \frac{89,3172}{1,1929}$$

$$n = 74,87$$

$$n = 75 \text{ enfermeras.}$$

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. Criterios de inclusión

La muestra se determinó considerando también los siguientes criterios:

- Enfermeras que laboran en los servicios de Medicina A, B, C, D del Instituto Nacional del Niño.
- Enfermeras que se encuentren laborando en el área de hospitalización del niño del servicio de Medicina A, B, C, D del Instituto Nacional del Niño.

- Enfermeras que acepten participar en la investigación.

4.6.2. Criterios de exclusión

- Enfermeras que no laboran en el área de hospitalización del niño del servicio de Medicina A, B, C, D del Instituto Nacional del Niño.
- Enfermeras que se encuentren de vacaciones y que estén ausentes por licencia.
- Enfermeras que no acepten participar en la investigación.

3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica fue la encuesta, por ser la más adecuada para el logro de los objetivos planteados.

El instrumento para medir los conocimientos fue el cuestionario de tipo dicotómico, el cual consta de 52 preguntas con alternativas: SI, NO. El instrumento consta de la presentación, datos generales en relación al profesional, las instrucciones y las preguntas correspondientes según las dimensiones, respuestas fisiológicas (13 ítems) respuestas conductuales (18 ítems), respuestas emocionales (13 ítems), respuesta cognitiva (8 ítems). El instrumento se construyó considerando el marco teórico y los ítems fueron examinados por enfermeras especialistas en pediatría, en metodología y psicólogos quienes aprobaron el cuestionario. La respuesta es de tipo dicotómica y fue de carácter anónima.

La validez del instrumento se realizó a través del Juicio de expertos y la prueba Binomial, los expertos fueron en número de 10, conformados por 8 enfermeras especializadas en el área, 2

metodólogas, el puntaje fue 0,01 que demuestra una concordancia significativa.

Si $p \leq 0.05$ la concordancia es significativa.

Se validó el instrumento considerando el constructo del instrumento que reflejó la teoría que mide los conocimientos de las enfermeras acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años, en las dimensiones se consideró las respuestas fisiológicas, respuestas conductuales, respuestas emocionales, respuesta cognitiva, también se consideró la validación de contenido que refleja el dominio específico en ítems de las dimensiones para medir la variable.

Los puntajes que se designaron para medir las dimensiones fueron la siguientes:

- **Dimensión respuesta fisiológica**

- Si conoce (Mayor que 8)
- No conoce (Menor que 7)

- **Dimensión respuesta conductual.**

- Si conoce (Mayor que 13)
- No conoce (Menor que 12)

- **Dimensión respuesta emocional.**

- Si conoce (Mayor que 10)
- No conoce (Menor que 9)

- **Dimensión respuesta cognitiva**

- Si conoce (Mayor que 7)
- No conoce (Menor que 6)

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kuderson cuya fórmula es :

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde :

K: Número de ítems

$p_i q_i$: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

Base de datos

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
3	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
5	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
6	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
7	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
8	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
9	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
10	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0
11	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
12	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
14	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
15	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
16	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
17	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
18	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
19	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
20	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
21	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1
22	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
23	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1
24	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
25	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
26	1	0	1	0	0		0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
27	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
28	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
29	1	0		0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
suma	26	5	18	5	22	26	9	16	15	18	30	5	20	30	23	23	22	26	7	5	5	30	24	16
P	0,87	0,17	0,6	0,17	0,73	0,87	0,3	0,53	0,5	0,6	1	0,17	0,67	1	0,77	0,8	0,7	0,9	0,2	0,2	0,2	1	0,8	0,5
q	0,13	0,83	0,4	0,83	0,27	0,13	0,7	0,47	0,5	0,4	0	0,83	0,33	0	0,23	0,2	0,3	0,1	0,8	0,8	0,8	0	0,2	0,5
pq	0,12	0,14	0,24	0,14	0,2	0,12	0,21	0,25	0,25	0,24	0	0,14	0,22	0	0,18	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0,2	0,2
PQ	85,2																							

C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	
0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	
0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	
0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	
0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	
0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1				

Remplazando valores donde $K=30$ $\sum p_i q_i = 20,4$ y $PQ = 82.5$

$$KR20 = \frac{52}{52-1} \left(1 - \frac{7.079}{82.5} \right) = 0.94$$

Para el análisis correspondiente se tomó la muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.94 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a 1 el instrumento de medición es altamente confiable.

3.7 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recolección de datos de los Conocimientos de las Enfermeras frente al efecto psicoemocional de la hospitalización del niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del niño, Lima-Perú 2015, fueron consignados a través de la encuesta, se efectuó en el ambiente hospitalario del área de hospitalización de medicina en el mes Enero a Marzo en horarios de la mañana, tarde y noche, el llenado del cuestionario fue previo consentimiento informado por las enfermeras en un tiempo de 15 minutos, la recolección de datos estuvo a cargo por la investigadora Janet Medina Peralta. Para ello se solicitó la autorización correspondiente del área de Docencia e Investigación de la institución, de la jefatura de Medicina y de la jefatura de enfermería del servicio de hospitalización de las medicinas.

Los datos fueron ingresados en una base de datos en el programa Excel 2010, a partir de la cual fueron utilizados para el análisis estadístico descriptivo, por medio del programa SPSS v 22. Estos

resultados fueron presentados en tablas y gráficos confrontando los resultados con el marco teórico.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio fue presentado al comité de ética del Instituto Nacional de Salud del Niño, para lo cual se realizó las coordinaciones necesarias que nos permitieron aplicar el instrumento para la recolección de datos. Las enfermeras participantes fueron informadas previamente sobre este estudio; fue de carácter anónimo y confidencial, respetando la autonomía del profesional de enfermería y el derecho a decidir si desean o no participar en el estudio. Para ello firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados presentándose los resultados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

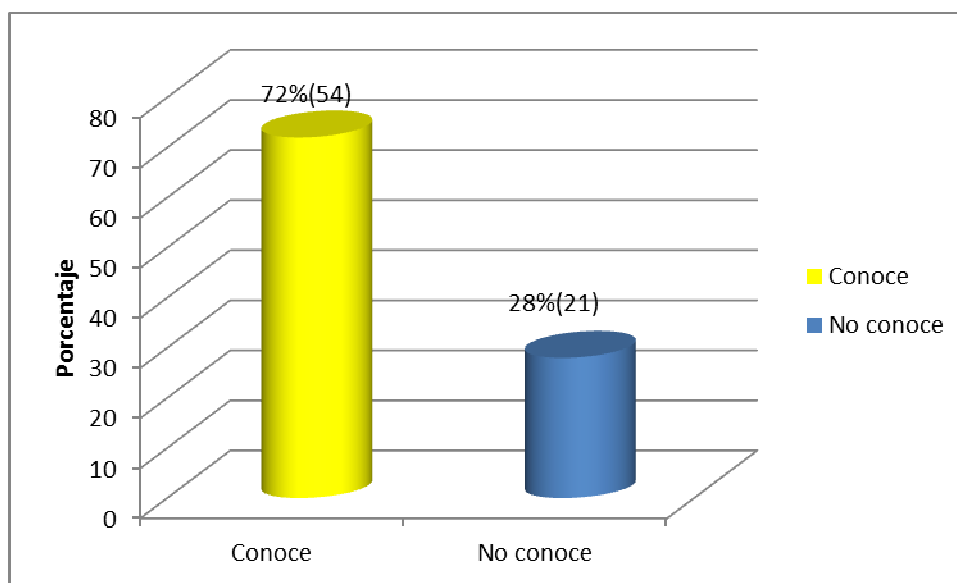
4.1 RESULTADOS

Referente a los conocimientos de las Enfermeras frente al efecto psicoemocional de la hospitalización del niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, del 100% (75); 100% (75) son de sexo femenino, 38,7% (29) tienen edad de 20 a 30 años; 49,3% (37) son casadas, 57,3% (43) son contratadas, 32% (24) tiene tiempo de servicio 1 a 3 años; 68% (51) son de pediatría, 77,3% (58) rotó mas en emergencia, 77,3 (58) atendió a niños lactantes mayores (Anexo M).

Por lo expuesto podemos evidenciar que la mayoría de los enfermeras son de sexo femenino, edad de 20 a 30 años, casadas, contratadas, con tiempo de servicio de 1 a 3 años, la gran mayoría son de especialidad de pediatría, donde más rotó fue en emergencia y la gran mayoría atendió a niños lactantes mayores.

GRÁFICO N° 1

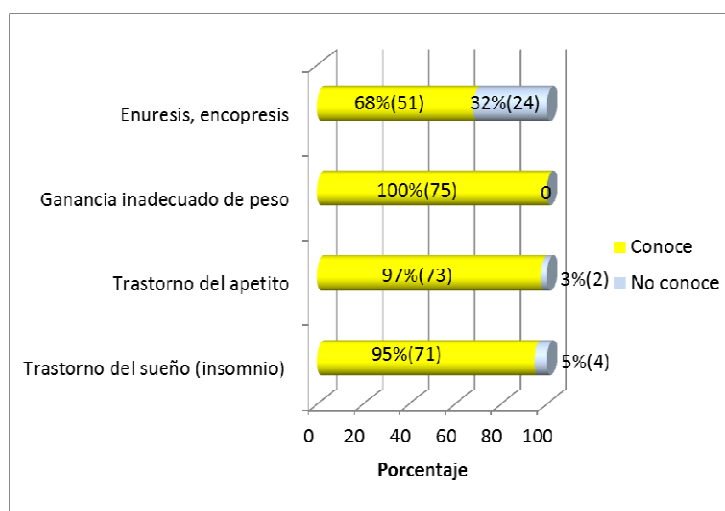
CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, LIMA-PERÚ 2015



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del servicio de medicina del ISNN

Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, del 100% (75), el 72%(54) conocen sobre el efecto psicoemocional y el 28%(21) no conoce.

GRÁFICO Nº 2
CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA FISIOLÓGICA EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015

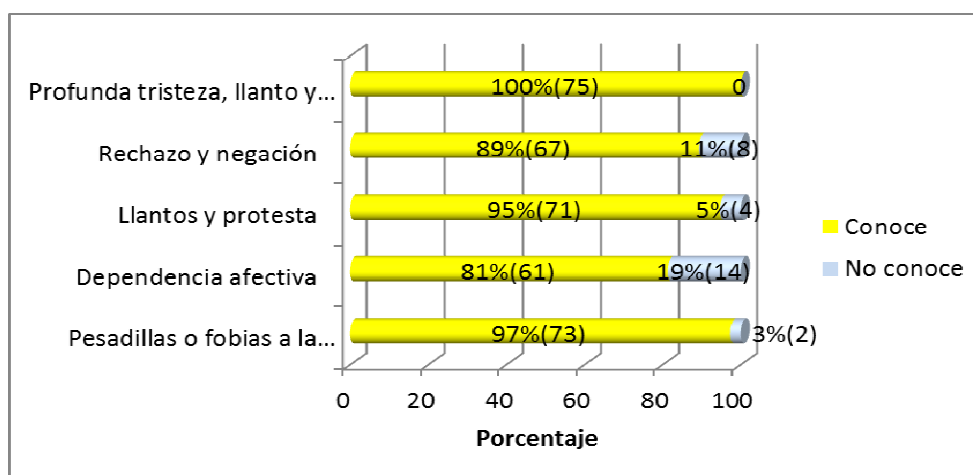


Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del servicio de medicina del ISNN

Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según la dimensión respuesta fisiológica del 100% (75), el 95%(71) conocen y el 5%(4) no conoce (ver anexo Ñ)

Así mismo, acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según indicadores en la dimensión respuesta fisiológica, del 100% (75), lo que más conocen es sobre la ganancia inadecuada de peso 100%(75) seguido por el trastorno del apetito 97%(73). (Ver anexo R). Respecto a la ganancia inadecuada de peso: algunas de estas conductas son generadas por situaciones del ambiente o limitaciones del individuo. Y respecto al transtorno del apetito: La etiología de estos trastornos es multifactorial, e incluye la percepción individual y la autoestima asociado a la fase del desarrollo en la que se encuentre el paciente, el contexto familiar y cultural.

GRÁFICO N° 3
CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA CONDUCTUAL EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del servicio de medicina del ISNN

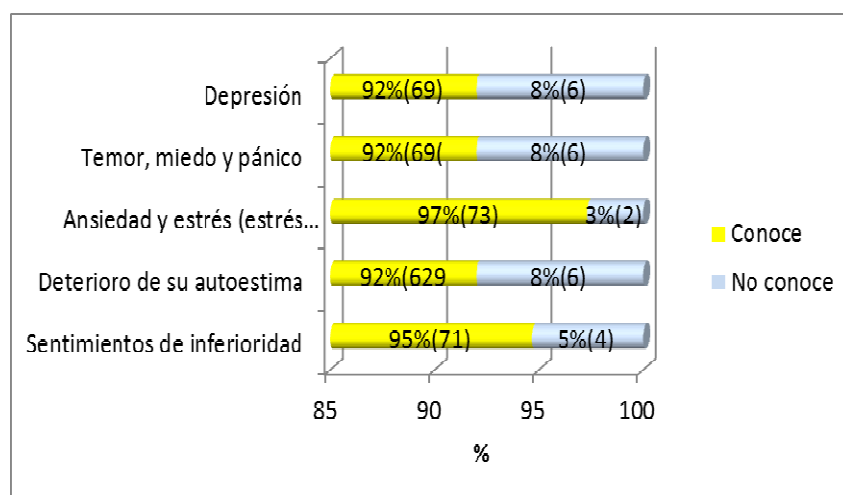
Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según dimensión respuesta conductual, del 100% (75), el 91%(68) conocen sobre la respuesta conductual, mientras que el 9%(7) no conoce (ver anexo 0).

Asimismo analizando el conocimiento sobre el efecto psicoemocional por indicadores en la dimensión respuesta conductual del 100% (75), lo que más conocen es sobre la profunda tristeza, llanto y apatía 100%(75), seguido por las pesadillas o fobias en la oscuridad 97%(73). (Ver anexo S).

En relación a la dimensión respuesta conductual, el ítem que más conocen es: "La tristeza, los niños pueden estar tristes por alguna pérdida, duelo, violencia, estrés, abandono y hospitalización." que representa el 100%(75)

GRÁFICO N° 4

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA EMOCIONAL EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015**



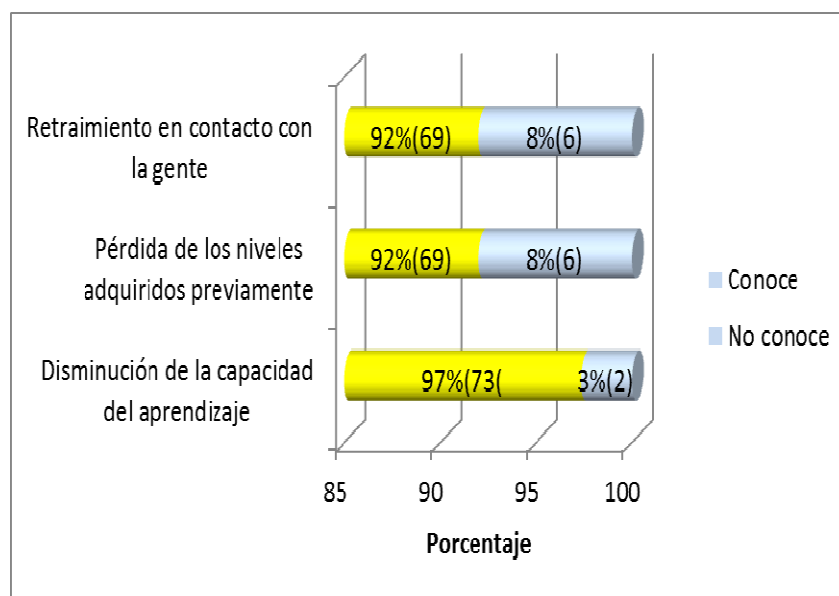
Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del servicio de medicina del ISNN

Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según dimensión respuesta emocional, del 100% (75), el 76%(57) conocen el 24%(18) no conoce.(ver anexo P),

Asimismo, los resultado reporta que en relación al conocimiento sobre el efecto psicoemocional según indicadores en la dimensión emocional del 100% (75), el 97%(73) conoce sobre la ansiedad y estrés, destacando con mayor conocimiento en el ítem : Es un estado emocional donde los niños se sienten inquietos, agitados, aprensivos o temerosos. Se puede hablar de una ansiedad normal, experimentada frente a situaciones desconocidas o potencialmente peligrosas". (Ver anexo T).

GRÁFICO N° 5

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN RESPUESTA COGNITIVA EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, LIMA-PERÚ 2015



Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según indicadores en la dimensión cognitiva, del 100% (75), el 76%(57) conocen sobre la respuesta cognitiva y el 24%(18) no conoce. (ver anexo Q)

Así mismo, cerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según indicadores en la dimensión cognitiva del 100% (75), el 97%(73) conoce sobre la disminución de capacidad de aprendizaje, destacando con mayor conocimiento en el ítem, el retraimiento en contacto con la gente que en los niños puede ser porque presentan ansiedad y temor ante los demás, se sienten inseguros, de personas, de ambiente y de situaciones. (Ver anexo U).

4.2. DISCUSIÓN

Las emociones son estados psíquicos transitorios que poseen múltiples facetas. (43) la emoción como el resultado de un proceso de evaluación cognitiva sobre el contexto, los recursos de afrontamiento y los posibles resultados de esos procesos. Para él, son reacciones ante el estado de objetivos adaptativos cotidianos, y requieren una valoración de lo que pasa en cada momento.(43,44)

Las emociones positivas son conceptualizadas como un cambio básico, concertado, generalmente adaptativo, de múltiples sistemas fisiológicos en respuesta a un estímulo que es valorado como agradable.(45) Los acontecimientos negativos, tales como, estresores, molestias cotidianas, eventos vitales negativos y pobre salud física, se encuentran más relacionados con las negativas.(46)

Nuestros resultados evidencian que la mayoría de los enfermeras son de sexo femenino, edad de 20 a 30 años, casadas, contratadas, con tiempo de servicio de 1 a 3 años, la gran mayoría son de especialidad de pediatría, donde más rotó fue en emergencia y la gran mayoría atendió a niños lactantes mayores. Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, según dimensión **fisiológica**, del 100% (75), el 94,7% conocen sobre la respuesta fisiológica, destacando con mayor conocimiento el ítem referido acerca del trastorno del sueño, que se da por hábitos, que son modificados por cambios drásticos como procedimientos nocturnos que se da en la hospitalización. El 86,7% conocen sobre la respuesta **conductual**, destacando con mayor conocimiento el ítem referido sobre la tristeza, los niños pueden estar tristes por alguna pérdida, duelo, violencia, estrés, abandono y hospitalización (100%). El 90,7% conocen sobre la respuesta **emocional**, destacando con mayor conocimiento el ítem referido a los síntomas de pánico, son ataques transitorios, inesperados, de crisis de ansiedad

aguda, sensación de muerte inminente, miedo de experimentar otro ataque que sufre el niño, por causas de violencia, abandono, cirugías, enfermedad crónica y hospitalización prolongada (95%). El 90,7% conocen sobre la respuesta **cognitiva**, destacando con mayor conocimiento el ítem referido al retraimiento de los niños puede ser porque presentan ansiedad y temor ante los demás, se sienten inseguros, de personas, de ambiente y de situaciones (97%) , estos resultados coinciden con la investigación de Noreña Peña, Ana Lucía; Cibanal Juan, Luis, en el hospital de España (2011), quien concluye que la comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la comprensión que elaboran de la experiencia hospitalaria, por tanto es necesario en enfermería evaluar las estrategias y habilidades relacionales empleadas para interactuar con los niños en el hospital”.(17). Asimismo coincide con la investigación Ramírez Argume, Raquel (2010). Los conocimientos de la Enfermera acerca del dolor que experimentan los niños con quemaduras es medio en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia, y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años”.(20), también se aproxima con la investigación de Espino, S. Gómez, M. (2012), quien concluye que a partir del entendimiento que el cuidado ocurre en un complejo de ética cuidado amor, así como los indicativos identificados en este estudio, no son exclusivos de algún componente de este complejo, de allí que en el trabajar y cuidar la enfermera es sinérgica integrada simultánea en su acción para el objeto del cuidado (niño, madre y familia) y para el sujeto del cuidado (la propia enfermera)”.(21)

Como se puede apreciar en los hallazgos del estudio, la adaptación ante la hospitalización en los niños no sólo depende de sus condiciones psicosociales, culturales y biológicas, sino de la comprensión que alcance de la experiencia según sus referentes cognitivos. Un niño, a medida que aumenta su capacidad cognitiva y de abstracción, registra con mayor veracidad todas sus experiencias y estos registros positivos o negativos interfieren en su aprendizaje (18). Así, una efectiva comunicación entre el personal de enfermería y los niños está caracterizada por un balance

entre comportamientos efectivos (causan un efecto positivo) y neutrales (causan un efecto neutro). Los comportamientos adoptados por los profesionales de enfermería deben ser aquellos que integren un cuidado emocional con una efectiva información(48). El niño presenta facilidades para la retroalimentación, por lo que es fácil observar que manifiesten sus necesidades y demandas en el diálogo con los adultos. Este proceso de retroalimentación ayuda a los niños a reorganizar sus ideas y dar coherencia a lo que piensan. En las conversaciones, les ayuda a ganar confianza y seguridad y, por tanto, son capaces de dar respuestas efectivas en función de la comprensión del mensaje (49). Se debe reconocer que, mientras las habilidades cognitivas del niño se desarrollan con la edad, aumentan los sentimientos de simpatía y la toma de roles. En este sentido, como se puede apreciar en los relatos sobre la valoración del comportamiento del personal de enfermería, a medida que los niños van diferenciando el sentido de identidad propia y de los otros, sus sentimientos empáticos se vuelven más sofisticados, tienen más en consideración las actuaciones de los demás hacia ellos y pueden hacerse una idea más clara de los comportamientos del adulto(50). Algunos estudios (51) afirman que los profesionales de enfermería han desarrollado, a través de su práctica profesional, habilidades personales así como estrategias de empatía, para lograr impactar en la experiencia del niño y de su familia. Sin embargo, los investigadores consideran que estas estrategias necesitan ser analizadas en profundidad y que se requiere dentro de la organización del trabajo de enfermería la evaluación periódica de sus resultados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización del niños menor de 5 años, Lima-Perú 2015.
- Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen sobre la dimensión respuesta fisiológica, destacando mayor conocimiento acerca del trastorno del sueño que se da por hábitos, que son modificados por cambios drásticos como procedimientos nocturnos que se da en la hospitalización.
- Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen la dimensión respuesta conductual, sobresaliendo con mayor conocimiento sobre la tristeza, duelo, violencia, estrés, abandono y hospitalización.
- Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen sobre la dimensión respuesta emocional, destacando los síntomas de pánico, crisis de ansiedad aguda,

sensación de muerte inminente, miedo de experimentar otro ataque que sufre el niño, por causas de violencia, abandono, cirugías, hospitalización.

- Las enfermeras del servicio de Medicina del Instituto Nacional del Niño, conocen la dimensión respuesta cognitiva. destacando acerca el retraimiento de los niños, ansiedad y temor ante los demás.

5.2. LIMITACIONES

- Las limitaciones derivados del estudio están dados porque las conclusiones y resultados sólo son generalizables para la población de estudio.

5.3 RECOMENDACIONES

Realizar un mayor número de investigaciones cualitativas, donde los profesionales de enfermería puedan reevaluar sus estrategias relacionales y discursos, permitiéndoles determinar la importancia de mejorar sus habilidades interpersonales, en especial la empatía. Este tipo de estudios permitiría cuestionar y confrontar el propio discurso enfermero, logrando promover comportamientos más acertados frente a las demandas de los niños y sus familiares.

Existe la necesidad de generar protocolos y estrategias que ayuden a potenciar la interacción comunicativa con los niños y sus familias. Dicha comunicación es aquella que permite conocer sus necesidades, comprender su situación y emprender actos educativos que incidan en el estado emocional del niño y su familia. Si los niños tienen una percepción positiva de la interacción enfermera – familia, mejoran su ánimo, incrementando el bienestar psicosocial del menor y su familia durante la hospitalización.

Los profesionales de enfermería deben desarrollar, a través de su práctica profesional, habilidades personales así como estrategias de empatía, para lograr impactar en la experiencia del niño y de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PALACIOS, Juan. Psiquiatría infantil. Aspectos Claves. 1ra Edición. Fondo editorial CIB. Colombia 2014.pag.11-
2. OESTERHELD J , Shader R, Martin A, Scahill L, Weersing R, Dirks M, et al. Pediatric psychopharmacology. In: MarUn A, Yolmark F, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry. 4' ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 742-911.
3. REVISTA Científica de la sociedad Española de enfermería de Urgencias y Emergencias. El Niño hospitalizado. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina8.html>
4. PALACIOS, Juan. Psiquiatría infantil. Aspectos Claves. 1ra Edición. Fondo editorial CIB. Colombia 2014.pag.65-67
5. RUÍZ Peregrina Francisco Javier y Carmen Álvarez Apuntes Y Notas De Enfermería Materno Infantil. Curso Académico 2008/09.
6. MINISTERIO de Trabajo y Asuntos Sociales. Las enfermedades del Trabajo: Nuevos Riesgos Psicosociales y su valoración en el Derecho de la Protección Social.
7. PSICOLOGÍA Médica Reacciones Psicológicas en el Paciente Pediátrico.28 de Septiembre 2008.
8. PACHECO P. Bernardo, Tamara Ventura W. Trastorno de ansiedad por separación. Rev. chil. pediatr. v.80 n.2 Santiago abr. 2009
9. MARTINEZ M, Garcia M. Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. Rev. Latinoam. Cien. Soc. Niñez Juv. 2011; 9(2): 535-44.
10. MEEWEN B. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med. 1998; 338(3): 171-9. Epub 1998 Jan 15. McEwen B. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. Brain research. 2000; 886(1-2): 172-89. Epub. 2000 Oct 20.
11. DOWDNEY L, Skuse O, Morris K, Pickles A. Short normal children and environmental disadvantage: a longitudinal study of growth and cognitive development from 4 to 11 years. Journal of child

- psychology and psychiatry and allied disciplines. 1998; 39(7):1017-29. Epub 1998 Nov 6.
12. FARAH M, Shera D, Savage J , Betancourt L, Giannetta J , Brodsky N, et al. Childhood poverty: specific associations with neurocognitive development. Brain research. 2006; 1110(1): 166-74. Epub 2006 Aug 2.
 13. NSCDC National Scientific Council on the Developing Child. Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development: working paper N9. Cambridge, MA: Center on the Developing Child, Harvard University. 2010 [cited 2011 Nov 1).
 14. OSORIO Guzmán Maricela, Luis Armando Oblitas. Psicología de la Salud Infantil. Marzo 31 de 2006.
 15. PEYRÓ Torro Salvador, Javier Agustí Almela, Jesus Company Rico, La educación de los alumnos con necesidades educativas especiales graves y permanentes.
 16. CABALLERO Muñoz Erika Mayela, Patricia Jimena Fernández Díaz, Tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales.
 17. PEÑA Noreña, Ana Lucía; Cibanal Juan, Luis. En el hospital de España (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. Estudio cualitativo. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf
 18. GÓMEZ Carretero, V Monsalve, JF Soriano, J de Andrés. España (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
 19. SOTO Rodríguez Mercedes. Ecuador. (2013). "Manejo del dolor realizado a niños atendidos en la unidad de quemados del hospital pediátrico. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/903/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-74.pdf>

20. RAMÍREZ Argume, Raquel (2010). Perú. "Nivel de conocimientos de la enfermera acerca del dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/ramirez_ar.pdf
21. ESPINO, S. Gómez, M. (2012) Perú-Pisco. "Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc/Escritorio/59-30-PB.pdf>
22. PALACIOS, Juan. Psiquiatría infantil. Aspectos Claves. 1ra Edición. Fondo editorial CIB. Colombia 2014.pag.58-65
23. NELSON. Pediatría Escencial. 6ta Edición. 2011 Elsevier España. S.L.pag.33
24. MENEGUELLO R. Julio Tomo 1. Quinta edición. Editorial médica Panamericana. Santiago, Chile Agosto de 1997.Pag, 86-106
25. REVISTA Científica de la sociedad Española de enfermería de Urgencias y Emergencias. El Niño hospitalizado. Repercusión Psicológica y papel de enfermería. Enero 2010.
26. BOWLBY J. La separación afectiva. Barcelona: Paidós; 1993.
27. BOWLBY J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós; 1989.
28. GONZÁLEZ, Carlos; Bésame mucho. Sexta edición: junio de 2004. Ediciones Temas de Hoy, S.A. (T.H), 2003 Paseo de Recoletos, 4. España. p. 156.
29. PALACIOS, Juan. Psiquiatría infantil. Aspectos Claves. 1ra Edición. Fondo editorial CIB. Colombia 2014.pag.65-67
30. HERNÁNDEZ Pérez Encarnación, José Antonio Rabadán Rubio. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Universidad de Murcia, España. Enero 2013.
31. CHUCK Sepúlveda, Jorge Adrián. Bioética en pediatría. Editorial El manual Moderno. México. 2015, p. 141

32. PAPALIA, Diane E.. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. Mcgraw-hill/interamericana editores, s.a Undécima edición. p. 48
33. ALFARO Rojas Amanda Karen, Romina Paola Atria Machuca. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Universidad Diego Portales. Abril 2009.
34. PALACIOS, Juan. Psiquiatría infantil. Aspectos Claves. 1ra Edición. Fondo editorial CIB. Colombia 2014.p. 268
35. WONG Donna L. Enfermería pediátrica. Cuarta edición. Editorial Mosby. 1995 España. Paginas 546-576
36. KOZIER, B (1999). Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y Prácticas. 2da Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill España
37. DU-GAS, B (2003). Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Edición. Editorial Interamericana, S.A. México.
38. LOCKE John, El conocimiento. Niveles y tipos de conocimiento. La filosofía de Locke. Consultado en: <http://www.webdianoia.com> 2001 - 2009
39. BUNGE, Mario. "La ciencia, su Metodología y su filosofía". Edición siglo XX pag. 55
40. MARRINER. Tomey Modelos y Teorías de Enfermería Capitulo "El Arte de Ayuda de la Enfermería" Editorial Mosby/Doyma 3ª edición. México 1994.
41. MARRINER Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier.
42. MARTÍNEZ De Souza, J. Diccionario de Ciencias Afines. Gijon: Trea, 2004
43. GRECO C, Morelato SG, Ison MS. Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. Revista Psicodebate. 2006;7:81-94.
44. LAZARUS B, Lazarus R. Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones. Madrid: Ediciones Paidós; 1994. p. 36.

45. FRIJDA NH, Manstead ASR, Bem S. Emotions and beliefs. How feelings influence thoughts. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 124.
46. DIENER E, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for public policy. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 89
47. KOOPMAN H M, Baars R M, Chaplin J, Zwinderman K H. Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. Patient Educ Couns. 2004
48. SHIN H, White-Traut R. Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. J Adv Nurs. 2005;
49. NOREÑA AL, Cibanal L. El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. Cultura de los Cuidados: Rev Enferm Humanidades. 2008
50. LINDEKE L, Nakai M, Johnson L. Capturing children's voices for quality improvement. Am J Matern Child Nurs. 2006
51. ROBINSON S. Children and young people's views of health professionals in England. J Child Health Care. 2010

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág
A. Operacionalización de variables	IV
B. Matriz de Consistencia	V
C. Instrumento	VI
D. Consentimiento informado	X
E. Validez del Instrumento	XI
F. Confiabilidad del Instrumento	XII
J. Tabla de concordancia	XX
K. Tabla de Codificación de Datos Generales	XXI
L. Tabla de Codificación de Datos Específicos	XXII
M. Tabla de matriz de datos generales de la enfermera	XXIII
N. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del niño, Lima-Perú. 2015.	XXIV
Ñ. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta fisiológica en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015.	XXIV
O. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta conductual en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015.	XXV
P. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta emocional en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015.	XXV
Q. Conocimiento de las Enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta cognitiva en el niño menor de 5 años en el servicio de medicina, Instituto Nacional del Niño, Lima-Perú 2015.	XXVI

	Pág
R. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta fisiológica por ítems.	XXVII
S. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta conductual por ítems.	XXVIII
T. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta emocional por ítems	XXIX
U. Conocimiento de las enfermeras sobre el efecto psicoemocional de la hospitalización según la dimensión respuesta cognitiva por ítems	XXX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL
Variable : Conocimientos de las enfermeras acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización en el niño menor de 5 años	Respuesta fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del sueño (insomnio) (1, 2,3,4) • Trastorno del apetito.(5,6,) • Ganancia inadecuado de peso.(7,8) • Enuresis, encopresis.(9,10,11,12,13) 	Puntuación Global Si conoce Mayor que 35 -No conoce Menor que 34 Puntuación Específica -Si conoce Mayor que 8 -No conoce Menor que 7
	Respuesta conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Pesadillas o fobias a la oscuridad.(14,15,16,17,18) • Dependencia afectiva.(19) • Llantos y protesta.(20,21,22,23) • Rechazo y negación.(24,25) • Profunda tristeza, llanto y apatía.(26,27,28,29,30,31) 	-Si conoce Mayor que 13 -No conoce Menor que 12
	Respuesta emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inferioridad.(32,33) • Deterioro de su autoestima.(34) • Ansiedad y estrés (estrés toxico, tolerable y positivo).(35,36,37,38) • Temor, miedo y pánico.(39,40,41) • Depresión.(43,44) 	-Si conoce: Mayor que 10 -No conoce Menor que 9
	Respuesta cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad del aprendizaje.(45-46-47,48) • Pérdida de los niveles adquiridos previamente.(49,50) • Retraimiento en contacto con la gente.(51-52) 	-Si conoce Mayor que 7 -No conoce Menor que 6

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN	TÉCNICA DE INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conocimientos acerca del efecto psicoemocional de la hospitalización</p> <p>Conoce</p> <p>No conoce</p>	<p>Dimensiones</p> <p>Dimensión respuesta fisiológica Si conoce (Mayor que 8) No conoce (Menor que 7)</p> <p>Dimensión respuesta conductual. Si conoce (Mayor que 13) No conoce (Menor que 12)</p> <p>Dimensión respuesta emocional. Si conoce (Mayor que 10) No conoce (Menor que 9)</p> <p>Dimensión respuesta cognitiva Si conoce (Mayor que 7) No conoce (Menor que 6)</p>	<p>Para la recolección de datos se realizó el trámite administrativo en el Instituto Nacional del Niño. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes, se aplicó el consentimiento a las enfermeras, la encuesta duro de 10 a 20 minutos.</p>	<p>Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la encuesta, y el instrumento dicotómico.</p>	<p>Ordinal</p>



ANEXO C

INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO

PRESENTACIÓN:

Estimada (o) Licenciada (o) le saluda la Lic. En Enfermería, estoy desarrollando una investigación con el objetivo de determinar **LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, LIMA-PERÚ 2015**, para lo cual presento a continuación el cuestionario que es totalmente **ANÓNIMO, CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIO**.

Toda la información que Usted brinde, será presentada de uso exclusivo para la investigación. Como tal solicito completa VERACIDAD en sus respuestas.

I. DATOS GENERALES:

FECHA

Nº ENCUESTA

1. Sexo:

a. M ()

b. F ()

2. Edad:

a. 20-30 ()

b. 31-40 ()

c. 41-50 ()

d. >50 ()

3. Estado civil:

a. Soltera (o) ()

b. Casada (o) ()

c. Conviviente (o) ()

d. Divorciada (o) ()

e. Viuda (o) ()

4. Situación laboral

a. Nombrado ()

b. Contratado ()

c. Terceros ()

5. Tiempo de servicio

a. Menos de un año ()

b. 1-3 años ()

c. 4-6 años ()

d. Más de 6 años ()

6. Especialista en:

a. Pediatría ()

b. Emergencia ()

c. Cred ()

d. Otros.....

7. Servicios por el cual rotó.

a. Cirugía ()

b. Emergencia ()

c. Quemados ()

d. Otros.....

8. Edades de los niños que atendió.

a. Lactante Menor (1 año) ()

b. Lactante Mayor (2 años) ()

c. Pre escolar (3 a 5 años) ()

d. Otros.....

II. INSTRUCCIONES:

Marque la respuesta que considere correcta con una aspa (X)

III. PREGUNTAS:

RESPUESTA FISIOLÓGICA

ITEMS	ENUNCIADOS	SI	NO
1.	El Trastorno del sueño se da por hábitos, que son modificados por cambios drásticos como procedimientos nocturnos que se da en la hospitalización.		
2.	En el Trastorno del sueño, las más graves alteraciones se da en niños separados de sus madres y cuanto más pequeño son más afectados.		
3.	El insomnio es normal en niños de 1 a 12 meses, pues los ritmos circadianos están inmaduros, y es normal que se despierten durante la noche mientras están hospitalizados.		
4.	Los factores de riesgo del insomnio son que sean menores de 1 año, temperamento de baja tolerancia a la frustración, cambios de hábitos como se da en la hospitalización.		
5.	La etiología del trastorno del apetito, está asociado a la fase del desarrollo del niño, a cambios en el entorno y objetos que usaba antes de la hospitalización.		
6.	El trastorno del apetito puede darse por efectos de situaciones estresantes y permanentes a la que el niño es sometido, como hospitalizaciones frecuentes, abandono, etc.		
7.	La ganancia inadecuada de peso es una conducta generada por situaciones del ambiente o por las limitaciones del niño, como la enfermedad, procedimientos, hospitalización y abandono.		
8.	El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria debe considerar al entorno, los cambios extremos que sufrió el niño, sus hábitos del hogar, alimentos preferidos antes de la hospitalización.		
9.	La enuresis: es la emisión repetida de orina en la cama/vestidos voluntaria o intencionada, de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos, que puede evidenciar un niño con hospitalización recurrente.		
10.	La enuresis es un trastorno genéticamente heterogéneo que ha demostrado una alta heredabilidad, puede ser desencadenado por situaciones de estrés, miedo, abandono, hospitalización.		
11.	El retardo en el desarrollo o inmadurez es causa de enuresis, es exacerbada por experiencias negativas en el niño como los procedimientos invasivos, cirugía, hospitalización.		
12.	La encopresis es la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, involuntaria o intencionada, por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses, evidenciado en niños hospitalizados de manera permanente.		
13.	La encopresis, no se debe exclusivamente a efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, también se da como respuesta al maltrato, abandono, experiencias negativas de hospitalización.		

RESPUESTA CONDUCTUAL

	ENUNCIADOS	SI	NO
14.	La personalidad del niño condicionará su reacción ante la enfermedad y por ende a su respuesta conductual.		
15.	Las pesadillas se evocan en el sueño REM y es el resultado de un despertar durante un sueño aterrador, se manifiesta por estímulos negativos, como canalización de vía periférica, aspiración de secreciones, nebulización con alta frecuencia que se da en la hospitalización.		
16.	Las pesadillas no requieren tratamiento, pero si evidencia pesadillas con una frecuencia inesperada, prolongada o violenta en su contenido, puede ser causada por situaciones negativas como procedimientos invasivos, cambios en el entorno, separación de los padres/cuidadores.		
17.	Las fobias específicas, están caracterizadas por una respuesta de miedo excesivo e irracional que puede ser resultado de hospitalizaciones frecuentes por enfermedad crónica.		
18.	Frente a la posibilidad de contactarse con el objeto temido, oscuridad, tratamientos y procedimientos invasivos, cirugías, el niño tiene una respuesta conductual excesiva de temor y angustia.		
19.	La dependencia afectiva, es un tipo especial de apego infantil, donde el niño tiene miedo constante a la separación de una figura vinculada, madre/cuidador, esto desencadenado por abandono,		

	hospitalización, permanente etc.		
20.	El niño protesta cuando la figura vinculada se aleja aferrándose a ella de manera excesiva, el vínculo que mantienen estos niños no es seguro, con el tiempo estos niños son inseguros y desconfiados.		
21.	De nada serviría el llanto del niño si la madre no estuviera genéticamente preparada para responder a él, y cuando no lo hace de forma permanente el niño se vuelve desconfiado e inseguro.		
22.	La Protesta del niño puede durar horas o semanas cuando es apartado de su madre, la espera basándose en experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, esto afecta su desarrollo.		
23.	La protesta, se reconoce como llanto intenso e inconsolable, rechazo a las atenciones de extraños, tornándose agresivo y rebelde, es desencadenado por situaciones de separación, estrés, hospitalizaciones.		
24.	En la Negación el niño (a) muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos, puede pasar después de una prolongada hospitalización.		
25.	En el rechazo, el niño reacciona negativamente a las visitas de su familia, está inconforme, llora, se niega a comer, a dormir, a tomar su medicamento y puede sufrir regresión en su desarrollo.		
26.	La tristeza, los niños pueden estar tristes por alguna pérdida, duelo, violencia, estrés, abandono y hospitalización.		
27.	Las emociones, como la tristeza, felicidad y el temor, son reacciones subjetivas a la experiencia negativa que sufrió el niño.		
28.	Los infantes con retraimiento o inhibición conductual tienen mayor riesgo de presentar trastornos depresivos en etapas posteriores de su vida, que es causada por experiencias negativas y contantes.		
29.	Los niños con falta de autocontrol tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta, estos evidencian retraimiento y es frecuente en niños que fueron hospitalizados frecuentemente.		
30.	La apatía, es el estado de desinterés, falta de motivación o entusiasmo en el que se encuentra un niño que estuvo expuesto a experiencias negativas como abandono, violencia, hospitalizaciones frecuentes.		
31.	La apatía evidencia en el niño indiferencia ante cualquier estímulo externo, y está relacionada a experiencias extremas que no superó.		

RESPUESTA EMOCIONAL

	ENUNCIADOS	SI	NO
32.	El impacto de la enfermedad ocasiona que un porcentaje de niños hospitalizados padezcan trastornos emocionales durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica.		
33.	En el sentimiento de inferioridad, los niños sienten que no son capaces de conseguir algún objetivo y que socialmente no son atractivos y esas ideas los hacen sufrir profundamente.		
34.	El deterioro de autoestima, es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad, y su inseguridad puede ser consecuencia de experiencias negativas de abandono, maltrato.		
35.	La ansiedad, es el estado emocional donde los niños se sienten inquietos, agitados, aprensivos y temerosos, y puede ser consecuencia de experiencias negativas.		
36.	En la ansiedad, la respuesta del niño se vuelve persistente, descontrolada o paralizante y está presente durante un período de 6 meses o más, es calificada como trastorno, y se da por experiencias negativas.		
37.	Los períodos prolongados de estrés pueden afectar negativamente el desarrollo del cerebro del niño, y situaciones extremas pueden ser la causa.		
38.	El estrés tóxico que es activación fuerte, prolongada, frecuente del sistema que maneja el estrés, tiene impacto adverso sobre la arquitectura del cerebro y en casos de abuso/maltrato crónico, puede resultar en el desarrollo de un cerebro más pequeño.		
39.	Los niños de 2 a 4 años temen a situaciones nuevas, a extraños, a la oscuridad, a la tormenta, a los doctores, a la separación de sus padres en la hospitalización.		
40.	Son motivo de evaluación, el miedo intenso acerca de la muerte, problemas para dejar a sus padres por experiencias vividas en una hospitalización.		
41.	Los niños que fueron violentados, abandonados, separados de sus padres como en la hospitalización a menudo tienen problemas para concentrarse y para dormir.		
42.	Los síntomas de pánico, son ataques transitorios, inesperados, de crisis de ansiedad aguda, sensación		

	de muerte inminente, miedo de experimentar otro ataque que sufre el niño, por causas de violencia, abandono, cirugías, enfermedad crónica y hospitalización prolongada.		
43.	Depresión, enfermedad del estado de ánimo acompañado de síntomas y causa impedimento marcado al niño, puede desencadenar situaciones negativas, extremas y prolongadas.		
44.	Algunos niños tienen susceptibilidad genética para el desarrollo de la depresión, pero los factores ambientales desencadenan la aparición y determinar la severidad de los episodios depresivos.		

RESPUESTA COGNITIVA

	ENUNCIADOS	SI	NO
45.	Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad/hospitalización, el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado en el área cognitiva, déficit de atención o dificultad para concentrarse.		
46.	Es frecuente que la población infantil, a consecuencia de sus escasas experiencias, no cuenten con las habilidades adecuadas para afrontar de forma pertinente la enfermedad afectando su desarrollo cognitivo.		
47.	La disminución de la capacidad del aprendizaje en el niño es debido a la pobre motivación por el estudio, por desinterés total, dado por experiencias negativas de enfermedad y muerte.		
48.	Los niños se enfrentan a situaciones estresantes como perder un diente, nacimiento de un hermano, ir de excursión sin sus padres, una hospitalización, dormir en la oscuridad, y esto puede afectar su desarrollo y aprendizaje.		
49.	La pérdida de los niveles adquiridos previamente se da cuando hay carencia de reglas claras, disciplina incoherente, agresividad, estímulos y experiencias negativas, como la enfermedad crónica y hospitalizaciones frecuentes.		
50.	La violencia percibida, sufrida o perpetrada, la falta de monitoreo de los niños, el abuso sexual o físico actúan como factores facilitadores de la alteración del desarrollo o retroceso de lo ya aprendido.		
51.	El retraimiento de los niños puede ser porque presentan ansiedad y temor ante los demás, se sienten inseguros, de personas, de ambiente y de situaciones		
52.	El retraimiento social es síntoma de varios trastornos psicológicos, que pudieron comenzar con experiencias negativas en la niñez.		

Gracias por su colaboración.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a enfermeras (os) que laboran en los servicios de Medicina del Instituto Nacional del Niño y se les invita a participar en la investigación titulada: **CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, LIMA-PERÚ 2015.**

Yo soy **JANET LUZ MEDINA PERALTA**, estamos investigando sobre **EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**, tema que no se le da la importancia debida en este país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Si existiera algunas palabras que no entienda por favor, me hace saber para explicarle. A continuación concretamos su participación.

1. Si usted decide participar en esta investigación, nosotros le entregaremos un formulario donde usted podrá contestar todas las respuestas en una hoja. El responder estas preguntas le tomarán alrededor de 15 minutos de su tiempo.
2. Su participación es totalmente voluntaria pero puede ser de mucho beneficio para su las intervenciones que realice la enfermera, considerando el efecto psicológico en la hospitalización del niño, en su institución.
3. Si decide no participar no habrá ningún tipo de pena ni pérdida de beneficios.
4. La información que usted nos dará lo reservaremos de acuerdo a las normas éticas de investigaciones internacionales.
5. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de los resultados del presente estudio.

.....
Firma de la participante

.....
Janet Luz Medina Peralta
Autora del Proyecto

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES										P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001

Si $p \leq 0.05$ la concordancia es significativa.

: 1 (SI) 0 (NO)

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Fisiológica

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kuderson cuya fórmula es:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$p_i q_i$: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

Base de datos

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	
4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
5	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	
6	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
7	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	
8	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	
9	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	
10	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
11	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	
12	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	
13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	
14	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	
15	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
16	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
17	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	
18	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
19	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
20	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0		
21	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
22	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	
23	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	
24	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	
25	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	

26	1	0	1	0	0		0	1	0	1	1	0	0	
27	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	
28	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	
29	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	
30	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	
suma	26	5	18	5	22	26	9	16	15	18	30	5	20	
P	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	
q	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
pq	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,3
PQ	70													

Remplazando valores donde $K=30 \sum p_i q_i = 2.3y \quad PQ = 70$

$$KR20 = \frac{13}{13-1} \left(1 - \frac{2.3}{70} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Conductual

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kuderson cuya fórmula es:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$p_i q_i$: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	
3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
4	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	
5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
6	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
7	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
8	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
9	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	
10	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	
11	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
14	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
15	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
16	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	
17	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	
18	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
19	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
20	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	
21	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	
22	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	
23	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
24	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	
25	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	
26	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
27	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	

28	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	
29	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
30	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	
suma	30	23	23	22	26	7	5	5	30	24	16	5	26	25	5	30	23	20	
P	1	0,8	0,8	0,7	0,9	0,2	0,2	0,2	1	0,8	0,5	0,2	0,9	0,8	0,2	1	0,8	0,7	
q	0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,8	0,8	0,8	0	0,2	0,5	0,8	0,1	0,2	0,8	0	0,2	0,3	
pq	0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,2	0,2	2,468
PQ	89																		

Remplazando valores donde $K=18 \sum p_i q_i = 2.468$ y $PQ = 89$

$$KR20 = \frac{18}{18-1} \left(1 - \frac{2.468}{89} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Emocional

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kuderson cuya fórmula es :

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$p_i q_i$: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
4	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	
6	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
7	1	1	1	1		0	1	0	1	1	0	0	1	
8	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
9	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
10	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
11	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
12	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	
15	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
16	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
17	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
20	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
21	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	
22	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
23	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
24	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	

25	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	
26	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
27	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
28	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	
29	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
suma	29	28	29	30	19	5	23	5	27	28	26	5	30	
P	0,97	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
q	0,03	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
pq	0,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,2
PQ	101													

Remplazando valores donde $K=13$ $\sum p_i q_i = 1.2$ y $PQ = 101$

$$KR20 = \frac{13}{13-1} \left(1 - \frac{1.2}{101} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Cognitiva

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kuderson cuya fórmula es :

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

p_iq_i: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	
2	0	1	1	1	0	0	1	0	
3	1	1	1	1	1	0	1	1	
4	1	0	0	1	1	0	1	1	
5	1	0	1	1	1	0	1	1	
6	1	1	1	1	1	0	1	1	
7	1	0	1	1	1	0	0	1	
8	1	0	1	1	1	0	1	1	
9	1	0	0	1	0	0	1	1	
10	1	0	1	1	0	0	1	0	
11	1	1	0	0	0	0	1	1	
12	1	1	1	1	1	0	1	1	
13	1	0	0	0	1	1	1	1	
14	1	0	1	1	1	0	1	1	
15	1	1	1	1	1	0	1	1	
16	1	0	1	1	1	0	1	1	
17	1	1	1	0	1	0	1	1	
18	1	1	0	1	1	1	1		
19	1	1	1	1	1	0	1	1	
20	1	0	1	0	1	0	1	1	
21	0	0	1	1	0	0	1	1	
22	1	0	1	0	1	0	1	1	
23	1	0	1	0	1	0	1	0	
24	1	0	1	1	1	0	1	1	
25	1	0	1	0	1	0	1	1	

26	1	0	1	1	1	0	1	1	
27	1	0	1	0	0	1	1	1	
28	1	0	1	1	1	0	1	1	
29	1	0	0	1	0	0	1	1	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	
suma	28	11	23	22	23	5	29	26	
P	0,9	0,4	0,8	0,7	0,8	0,2	1,0	0,9	
q	0,1	0,6	0,2	0,3	0,2	0,8	0,0	0,1	
pq	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	1,13
PQ	71,8								

Remplazando valores donde $K=13$ $\sum p_i q_i = 1.13$ y $PQ = 71.8$

$$KR20 = \frac{13}{13-1} \left(1 - \frac{1.3}{71.8} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

ANEXO J

TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	N° DE JUECES										P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001

Si $p \leq 0.05$ la concordancia es significativa.

: 1 (SI) 0 (NO)

ANEXO K
TABLA DE CÓDIGOS
DATOS GENERALES

ITEMS	CÓDIGOS
SEXO	
Masculino	1
Femenino	2
EDAD	
20 a 30	1
31 a 40	2
41 a 50	3
mayor que 50	4
ESTADO CIVIL	
Soltero (a).	1
Casado (a).	2
Conviviente	3
Divorciado (a).	4
Viudo (a).	5
SITUACIÓN LABORAL	
Nombrado	1
Contratado	2
Terceros	3
TIEMPO DE SERVICIO	
Menos de un año	1
1-3 años	2
4-6 años	3
Más de 6 años	4
ESPECIALISTA EN:	
Pediatría	1
Emergencia	2
Cred	3
Otros	4
SERVICIOS POR EL CUAL ROTÓ.	
Cirugía	1
Emergencia	2
Quemados	3
Otros	4
EDADES DE LOS NIÑOS QUE ATENDIÓ.	
Lactante Menor	1
Lactante Mayor	2
Pre escolar	3
Otros	4

ANEXO L

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS ESPECIFICOS

Nº Ítems	Puntuación Correcta	Puntuación incorrecta
1.	SI = 1	NO = 0
2.	SI = 1	NO = 0
3.	SI = 1	NO = 0
4.	SI = 1	NO = 0
5.	SI = 1	NO = 0
6.	SI = 1	NO = 0
7.	SI = 1	NO = 0
8.	SI = 1	NO = 0
9.	SI = 1	NO = 0
10.	SI = 1	NO = 0
11.	SI = 1	NO = 0
12.	SI = 1	NO = 0
13.	SI = 1	NO = 0
14.	SI = 1	NO = 0
15.	SI = 1	NO = 0
16.	SI = 1	NO = 0
17.	SI = 1	NO = 0
18.	SI = 1	NO = 0
19.	SI = 1	NO = 0
20.	SI = 1	NO = 0
21.	SI = 1	NO = 0
22.	SI = 1	NO = 0
23.	SI = 1	NO = 0
24.	SI = 1	NO = 0
25.	SI = 1	NO = 0
26.	SI = 1	NO = 0
27.	SI = 1	NO = 0
28.	SI = 1	NO = 0
29.	SI = 1	NO = 0
30.	SI = 1	NO = 0
31.	SI = 1	NO = 0
32.	SI = 1	NO = 0
33.	SI = 1	NO = 0
34.	SI = 1	NO = 0
35.	SI = 1	NO = 0
36.	SI = 1	NO = 0
37.	SI = 1	NO = 0
38.	SI = 1	NO = 0
39.	SI = 1	NO = 0
40.	SI = 1	NO = 0
41.	SI = 1	NO = 0
42.	SI = 1	NO = 0
43.	SI = 1	NO = 0
44.	SI = 1	NO = 0
45.	SI = 1	NO = 0
46.	SI = 1	NO = 0
47.	SI = 1	NO = 0
48.	SI = 1	NO = 0
49.	SI = 1	NO = 0
50.	SI = 1	NO = 0
51.	SI = 1	NO = 0
52.	SI = 1	NO = 0

ANEXO M

TABLA DE MATRIZ DE DATOS GENERALES DE LA ENFERMERA

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	75	100,0
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	29	38,7
31 a 40 años	25	33,3
41 a 50 años	11	14,7
Mayor de 50 años	10	13,3
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	31	41,3
Casada	37	49,3
Conviviente	5	6,7
Divorciada	2	2,7
SITUACIÓN LABORAL	Frecuencia	Porcentaje
Nombrado	26	34,7
Contratados	43	57,3
Terceros	6	8,0
TIEMPO DE SERVICIO	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	12	16,0
1 a 3 años	24	32,0
4 a 6 años	20	26,7
Más de 6 años	19	25,3
ESPECIALIDAD	Cantidad	Porcentaje
Pediatría	51	68
Emergencia	6	8
Nefrología	4	5,3
Otros	14	18,7
Total	75	100
SERVICIO POR LE CUAL ROTÓ	Cantidad	Porcentaje
Cirugía	14	18,7
Emergencia	58	77,3
Quemados	3	4
Total	75	100
EDADES DE LOS NIÑOS QUE ATENDIÓ	Cantidad	Porcentaje
Lactante Menor (1 año)	7	9,3
Lactante Mayor (2 años)	58	77,3
Pre escolar (3 a 5 años)	10	13,3

ANEXO N

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN
EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA, INSTITUTO
NACIONAL DEL NIÑO,
LIMA-PERÚ
2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	54	72,0 %
No conoce	21	28,0%
Total	75	100,0%

ANEXO Ñ

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA FISIOLÓGICA EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	71	95,0%
No conoce	4	5,0%
Total	75	100,0%

ANEXO O

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA CONDUCTUAL EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	68	91,0%
No conoce	7	9,0%
Total	75	100,0%

ANEXO P

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA EMOCIONAL EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ
2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	57	76,0%
No conoce	18	24,0%
Total	75	100,0%

ANEXO Q

**CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO
PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA
DIMENSIÓN RESPUESTA COGNITIVA EN EL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA, INSTITUTO NACIONAL
DEL NIÑO, LIMA-PERÚ**

2015

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	57	76,0%
No conoce	18	24,0%
Total	75	100,0%

ANEXO R

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN RESPUESTA FISIOLÓGICA POR ITEMS

ITEMS	ENUNCIADOS	CONOCE		NO CONOCE	
		n	%	n	%
1.	El Trastorno del sueño se da por hábitos, que son modificados por cambios drásticos como procedimientos nocturnos que se da en la hospitalización.	75	100,0	0	0,0
2.	En el Trastorno del sueño, las más graves alteraciones se da en niños separados de sus madres y cuanto más pequeño son más afectados.	64	85,3	11	14,7
3.	El insomnio es normal en niños de 1 a 12 meses, pues los ritmos circadianos están inmaduros, y es normal que se despierten durante la noche mientras están hospitalizados.	45	60,0	30	40,0
4.	Los factores de riesgo del insomnio son que sean menores de 1 año, temperamento de baja tolerancia a la frustración, cambios de hábitos como se da en la hospitalización.	46	61,3	29	38,7
5.	La etiología del trastorno del apetito, está asociado a la fase del desarrollo del niño, a cambios en el entorno y objetos que usaba antes de la hospitalización.	59	78,7	16	21,3
6.	El trastorno del apetito puede darse por efectos de situaciones estresantes y permanentes a la que el niño es sometido, como hospitalizaciones frecuentes, abandono, etc.	69	92,0	6	8,0
7.	La ganancia inadecuada de peso es una conducta generada por situaciones del ambiente o por las limitaciones del niño, como la enfermedad, procedimientos, hospitalización y abandono.	53	70,7	22	29,3
8.	El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria debe considerar al entorno, los cambios extremos que sufrió el niño, sus hábitos del hogar, alimentos preferidos antes de la hospitalización.	69	92,0	6	8,0
9.	La enuresis: es la emisión repetida de orina en la cama/vestidos voluntaria o intencionada, de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos, que puede evidenciar un niño con hospitalización recurrente.	39	52,0	36	48,0
10.	La enuresis es un trastorno genéticamente heterogéneo que ha demostrado una alta heredabilidad, puede ser desencadenado por situaciones de estrés, miedo, abandono, hospitalización.	57	76,0	18	24,0
11.	El retardo en el desarrollo o inmadurez es causa de enuresis, es exacerbada por experiencias negativas en el niño como los procedimientos invasivos, cirugía, hospitalización.	51	68,0	24	32,0
12.	La encopresis es la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, involuntaria o intencionada, por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses, evidenciado en niños hospitalizados de manera permanente.	43	57,3	32	42,7
13.	La encopresis, no se debe exclusivamente a efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, también se da como respuesta al maltrato, abandono, experiencias negativas de hospitalización.	59	78,7	16	21,3

ANEXO S

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN RESPUESTA CONDUCTUAL POR ITEMS

ITEMS	ENUNCIADOS	CONOCE		NO CONOCE	
		n	%	n	%
14.	La personalidad del niño condicionará su reacción ante la enfermedad y por ende a su respuesta conductual.	69	92,0	6	8,0
15.	Las pesadillas se evocan en el sueño REM y es el resultado de un despertar durante un sueño aterrador, se manifiesta por estímulos negativos, como canalización de vía periférica, aspiración de secreciones, nebulización con alta frecuencia que se da en la hospitalización.	58	77,3	17	22,7
16.	Las pesadillas no requieren tratamiento, pero si evidencia pesadillas con una frecuencia inesperada, prolongada o violenta en su contenido, puede ser causada por situaciones negativas como procedimientos invasivos, cambios en el entorno, separación de los padres/cuidadores.	64	85,3	11	14,7
17.	Las fobias específicas, están caracterizadas por una respuesta de miedo excesivo e irracional que puede ser resultado de hospitalizaciones frecuentes por enfermedad crónica.	68	90,7	7	9,3
18.	Frente a la posibilidad de contactarse con el objeto temido, oscuridad, tratamientos y procedimientos invasivos, cirugías, el niño tiene una respuesta conductual excesiva de temor y angustia.	65	86,7	10	13,3
19.	La dependencia afectiva, es un tipo especial de apego infantil, donde el niño tiene miedo constante a la separación de una figura vinculada, madre/cuidador, esto desencadenado por abandono, hospitalización, permanente etc.	61	81,3	14	18,7
20.	El niño protesta cuando la figura vinculada se aleja aferrándose a ella de manera excesiva, el vínculo que mantienen estos niños no es seguro, con el tiempo estos niños son inseguros y desconfiados.	71	94,7	4	5,3
21.	De nada serviría el llanto del niño si la madre no estuviera genéticamente preparada para responder a él, y cuando no lo hace de forma permanente el niño se vuelve desconfiado e inseguro.	51	68,0	24	32,0
22.	La Protesta del niño puede durar horas o semanas cuando es apartado de su madre, la espera basándose en experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, esto afecta su desarrollo.	57	76,0	18	24,0
23.	La protesta, se reconoce como llanto intenso e inconsolable, rechazo a las atenciones de extraños, tornándose agresivo y rebelde, es desencadenado por situaciones de separación, estrés, hospitalizaciones.	71	94,7	4	5,3
24.	En la Negación el niño (a) muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos, puede pasar después de una prolongada hospitalización,.	48	64,0	27	36,0
25.	En el rechazo, el niño reacciona negativamente a las visitas de su familia, está inconforme, llora, se niega a comer, a dormir, a tomar su medicamento y puede sufrir regresión en su desarrollo.	65	86,7	10	13,3
26.	La tristeza, los niños pueden estar tristes por alguna pérdida, duelo, violencia, estrés, abandono y hospitalización.	75	100,0	0	0,0
27.	Las emociones, como la tristeza, felicidad y el temor, son reacciones subjetivas a la experiencia negativa que sufrió el niño.	63	84,0	12	16,0
28.	Los infantes con retraimiento o inhibición conductual tienen mayor riesgo de presentar trastornos depresivos en etapas posteriores de su vida, que es causada por experiencias negativas y contantes.	59	78,7	16	21,3
29.	Los niños con falta de autocontrol tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta, estos evidencian retraimiento y es frecuente en niños que fueron hospitalizados frecuentemente.	63	84,0	12	16,0
30.	La apatía, es el estado de desinterés, falta de motivación o entusiasmo en el que se encuentra un niño que estuvo expuesto a experiencias negativas como abandono, violencia, hospitalizaciones frecuentes.	65	86,7	10	13,3
31.	La apatía evidencia en el niño indiferencia ante cualquier estímulo externo, y está relacionada a experiencias extremas que no superó.	65	86,7	10	13,3

ANEXO T

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN RESPUESTA EMOCIONAL POR ITEMS

		CONOCE		NO CONOCE	
		n	%	n	%
	ENUNCIADOS				
32.	El impacto de la enfermedad ocasiona que un porcentaje de niños hospitalizados padezcan trastornos emocionales durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica.	69	92,0	6	8,0
33.	En el sentimiento de inferioridad, los niños sienten que no son capaces de conseguir algún objetivo y que socialmente no son atractivos y esas ideas los hacen sufrir profundamente.	56	74,7	19	25,3
34.	El deterioro de autoestima, es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad, y su inseguridad puede ser consecuencia de experiencias negativas de abandono, maltrato.	69	92,0	6	8,0
35.	La ansiedad, es el estado emocional donde los niños se sienten inquietos, agitados, aprensivos y temerosos, y puede ser consecuencia de experiencias negativas.	63	84,0	12	16,0
36.	En la ansiedad, la respuesta del niño se vuelve persistente, descontrolada o paralizante y está presente durante un periodo de 6 meses o más, es calificada como trastorno, y se da por experiencias negativas.	57	76,0	18	24,0
37.	Los períodos prolongados de estrés pueden afectar negativamente el desarrollo del cerebro del niño, y situaciones extremas pueden ser la causa.	63	84,0	12	16,0
38.	El estrés tóxico que es activación fuerte, prolongada, frecuente del sistema que maneja el estrés, tiene impacto adverso sobre la arquitectura del cerebro y en casos de abuso/maltrato crónico, puede resultar en el desarrollo de un cerebro más pequeño.	53	70,7	22	29,3
39.	Los niños de 2 a 4 años temen a situaciones nuevas, a extraños, a la oscuridad, a la tormenta, a los doctores, a la separación de sus padres en la hospitalización.	65	86,7	10	13,3
40.	Son motivo de evaluación, el miedo intenso acerca de la muerte, problemas para dejar a sus padres por experiencias vividas en una hospitalización.	61	81,3	14	18,7
41.	Los niños que fueron violentados, abandonados, separados de sus padres como en la hospitalización a menudo tienen problemas para concentrarse y para dormir.	69	92,0	6	8,0
42.	Los síntomas de pánico, son ataques transitorios, inesperados, de crisis de ansiedad aguda, sensación de muerte inminente, miedo de experimentar otro ataque que sufre el niño, por causas de violencia, abandono, cirugías, enfermedad crónica y hospitalización prolongada.	71	94,7	4	5,3
43.	Depresión, enfermedad del estado de ánimo acompañado de síntomas y causa impedimento marcado al niño, puede desencadenar situaciones negativas, extremas y prolongadas.	65	86,7	10	13,3
44.	Algunos niños tienen susceptibilidad genética para el desarrollo de la depresión, pero los factores ambientales desencadenan la aparición y determinar la severidad de los episodios depresivos.	61	81,3	14	18,7

ANEXO U

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL EFECTO PSICOEMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN RESPUESTA COGNITIVA POR ITEMS

ITEMS	ENUNCIADOS	CONOCE		NO CONOCE	
		n	%	n	%
45.	Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad/hospitalización, el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado en el área cognitiva, déficit de atención o dificultad para concentrarse.	62	82,67	13	17,33
46.	Es frecuente que la población infantil, a consecuencia de sus escasas experiencias, no cuenten con las habilidades adecuadas para afrontar de forma pertinente la enfermedad afectando su desarrollo cognitivo.	64	85,33	11	14,67
47.	La disminución de la capacidad del aprendizaje en el niño es debido a la pobre motivación por el estudio, por desinterés total, dado por experiencias negativas de enfermedad y muerte.	71	94,67	4	5,33
48.	Los niños se enfrentan a situaciones estresantes como perder un diente, nacimiento de un hermano, ir de excursión sin sus padres, una hospitalización, dormir en la oscuridad, y esto puede afectar su desarrollo y aprendizaje.	55	73,33	20	26,67
49.	La pérdida de los niveles adquiridos previamente se da cuando hay carencia de reglas claras, disciplina incoherente, agresividad, estímulos y experiencias negativas, como la enfermedad crónica y hospitalizaciones frecuentes.	65	86,67	10	13,33
50.	La violencia percibida, sufrida o perpetrada, la falta de monitoreo de los niños, el abuso sexual o físico actúan como factores facilitadores de la alteración del desarrollo o retroceso de lo ya aprendido.	67	89,33	8	10,67
51.	El retraimiento de los niños puede ser porque presentan ansiedad y temor ante los demás, se sienten inseguros, de personas, de ambiente y de situaciones	73	97,33	2	2,67
52.	El retraimiento social es síntoma de varios trastornos psicológicos, que pudieron comenzar con experiencias negativas en la niñez.	69	92,00	6	8,00